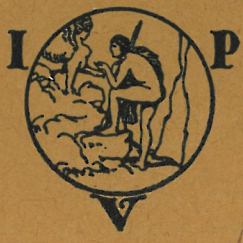
INTERNATIONALE PSYCHOANALYTISCHE BIBLIOTHEK
BAND 11

# THERAPIE DER NEUROSEN

VON

DR. ERNEST JONES
(LONDON)




INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG
LEIPZIG–WIEN–ZÜRICH
1921

# Werke von Prof. Sigm. Freud

**Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.** Fehlleistungen, Traum, Allgemeine Neurosenlehre. Drei Teile in einem Band. Dritte Auflage. Leipzig, Wien und Zürich 1921.

**Die Traumdeutung.** Sechste vermehrte Auflage, mit Beiträgen von Dr. Otto Rank, im Druck.

**Über den Traum.** Dritte Auflage. Wiesbaden 1921.

**Zur Psychopathologie des Alltagslebens.** Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum. Siebente, weiter vermehrte Auflage. Leipzig, Wien und Zürich 1920.

**Totem und Tabu.** Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. Zweite durchgesehene Auflage. Leipzig, Wien und Zürich 1920.

**Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten.** Dritte Auflage in Vorbereitung.

**Über Psychoanalyse.** Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester, Mass. Fünfte Auflage. Leipzig und Wien 1920.

**Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.** Vierte vermehrte Auflage. Leipzig und Wien 1921.

**Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre.** I. Folge. Dritte unveränderte Auflage Leipzig und Wien 1920. — II. Folge. Dritte unveränderte Auflage im Druck. — III. Folge. Zweite unveränderte Auflage im Druck. — IV. Folge. Leipzig und Wien 1918.

**Studien über Hysterie** (mit Dr. Josef Breuer). Dritte Aufl. Leipzig u. Wien.

**Der Wahn und die Träume in W. Jensens »Gradiva«.** (Schriften zur angewandten Seelenkunde, 1. Heft.) Zweite Auflage. Leipzig und Wien 1912.

**Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci.** (Schriften zur angewandten Seelenkunde, 7. Heft.) Zweite Auflage. Leipzig und Wien 1919.

**Jenseits des Lustprinzips.** (II. Beiheft der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse.) Zweite Auflage. Leipzig, Wien und Zürich 1921.

**Massenpsychologie und Ich-Analyse.** Leipzig, Wien und Zürich 1921.

Alle hier angeführten Werke von Prof. Freud, sowie ihre fremdsprachigen Ausgaben sind zu beziehen durch den

INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VERLAG

Auslieferungsstelle: Wien, III. Weißgärberlände 44.

INTERNATIONALE PSYCHOANALYTISCHE BIBLIOTHEK
BAND 11

# THERAPIE DER NEUROSEN

VON

DR. ERNEST JONES
(LONDON)

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG
LEIPZIG – WIEN – ZÜRICH
1921

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Alle Rechte vorbehalten.
Copyright 1921 by »Internationaler Psychoanalytischer Verlag G. m. b. H.« Wien

Druck: Gesellschaft für Graphische Industrie, Wien, III.

# INHALTSÜBERSICHT


Seite

I. EINLEITUNG . . . . . 1
Allgemeines über die Bedeutung der Neurosen . . . . . 1
Widerstreit der Ansichten . . . . . 8
Klassifikation . . . . . 12

II. HYSTERIE . . . . . 16
a) Physiologische Methoden . . . . . 16
Weir-Mitchell-Kur. Isolierung. Arbeitskur.
b) Allgemeines über die Behandlung der Hysterie . . . . . 22
1. »Unangenehme« Gefühlsreaktionen . . . . . 23
2. Der Widerstand . . . . . 30
c) Psychologische Methoden . . . . . 37
1. Einleitung . . . . . 37
2. Suggestion . . . . . 41
Die Hypnose. Suggestion im Wachzustand. Suggestion im Schlafzustand. Die Überredung. Die »Ablenkung«. Allgemeine Kritik. Schlußfolgerungen.
3. Neuerziehung . . . . . 64
Neuerziehung. Die Substitutionsmethode. Kausalanalyse. Hypnoidisation. Psycho-Synthese. Anagogische Psychotherapie. Allgemeine Kritik. Schlußfolgerungen.
4. Psychoanalyse . . . . . 76
Theorie. Therapeutische Anwendung. Die freie Assoziation. Traumdeutung. Das Assoziationsexperiment. Die Übertragung. Anagogische Analyse. Allgemeine Kritik.
5. Abschließende Bemerkungen über Psychotherapie . . . . . 112

III. ANGSTNEUROSE . . . . . 121
a) Symptome . . . . . 121
b) Diagnose . . . . . 124
c) Pathogenese . . . . . 125
d) Behandlung . . . . . 127
Das spezifische Moment. Das konstitutionelle Moment. Die Hilfsursachen. Symptomatische Behandlung.

IV. ANGSTHYSTERIE . . . . . 132
a) Beziehungen zur Angstneurose und Konversionshysterie . . . 132
b) Pathogenese . . . . . 135
c) Behandlung . . . . . 136

Seite

V. NEURASTHENIE . . . . . 138
a) Nosologie . . . . . 138
b) Pathogenese . . . . . 140
c) Behandlung . . . . . 143
Radikale Behandlung. Symptomatische Behandlung.

VI. ZWANGSNEUROSE . . . . . 146
a) Symptome . . . . . 146
b) Pathogenese . . . . . 148
c) Behandlung . . . . . 150

VII. HYPOCHONDRIE UND FIXATIONSHYSTERIE . . . 152
a) Nosologische Beziehungen . . . . . 152
b) Pathogenese . . . . . 153
c) Behandlung . . . . . 154

VIII. TRAUMATISCHE NEUROSEN EINSCHLIESSLICH DER KRIEGSNEUROSEN . . . . . 155
a) Nosologie . . . . . 155
b) Pathogenese . . . . . 156
c) Behandlung . . . . . 159

IX. PROPHYLAXE DER NEUROSEN . . . . . 162
Individualhygiene. Soziale Einrichtungen. Erziehung.

X. PSYCHISCHE BEHANDLUNG ANDERER, DEN NEUROSEN NAHESTEHENDER ZUSTÄNDE . . . . 167
a) Psychosen . . . . . 167
Paraphrenie. Manisch-depressives Irresein. Epilepsie.
b) Verschiedene krankhafte Neigungen und Abnormitäten . . . . 159
Alkoholismus. Sucht nach Narcoticis. Homosexuelle Inversion. Sexuelle Perversion. Kriminalität. Verschiedenartige psychische Abnormitäten.

## I. Kapitel.

# Einleitung.

### Allgemeines über die Bedeutung der Neurosen.

Eine Reihe von Betrachtungen, die im folgenden ausgeführt werden sollen, läßt uns das Studium und die Behandlung der Neurosen als eine der verantwortungsvollsten Aufgaben der Medizin erscheinen.

I. Die Tragweite des neurotischen Leidens. — Das Elend, das eine Neurose hervorbringen kann, trägt gewisse Züge an sich, die der Beobachter selten nach ihrer vollen Bedeutung einschätzt. Da es sich meist in rein psychischen Symptomen äußert, trifft es gerade den Kern der Persönlichkeit. Bei den schwersten körperlichen Erkrankungen, selbst unter den Qualen der Krebserscheinungen oder den atemraubenden Beklemmungen der Brustkrankheiten, bleibt wenigstens das Seelenleben des Patienten verhältnismäßig unangetastet. Er kann in seinen ärgsten Stunden noch Zuflucht in tröstenden Gedanken, Erinnerungen und Überlegungen finden und sein Unglück, gestützt auf die im Laufe des Lebens erworbene Philosophie oder Religiosität, ertragen. Dem Neurotiker dagegen ist auch diese letzte Hilfsquelle genommen. Gerade sein Seelenleben ist gestört und das Organ, das trösten und philosophieren könnte, in seinen Funktionen gehindert. Der Kranke fühlt sich in seinem innersten Wesen getroffen und hin und her gerissen zwischen den Konflikten, die ihn aufwühlen. Das beständige Verlangen dieser Kranken, vor allem der von Zwangs- oder Angstneurosen heimgesuchten, ist, sich selber vergessen zu können, von sich los- und wenigstens auf Augenblicke zu innerer Ruhe zu kommen. Bei Schlaflosigkeit, wie sie so häufig hinzutritt, wird dem Kranken auch noch diese Möglichkeit des Ausspannens genommen oder der Schlaf selbst kann von so angstvollen Träumen gestört werden, daß er ihn mehr als alles andere zu fürchten beginnt. Die Seelenqualen des Patienten werden in vielen Fällen so unerträglich, seine innere Widerstandskraft dabei so

gering, daß er sich dem Schrecklichsten, dem Ausbruch des Wahnsinns, nahe glaubt und sich in ohnmächtiger Furcht vor diesem Ende verzehrt.

Dazu kommt, daß keine Krankheit auf weniger Verständnis oder auch nur Mitleid stößt, obwohl keine ihrer notwendiger bedürfte, als die Neurose. Diese Erscheinung läßt sich nicht nur bei Verwandten und Freunden, sondern häufig genug auch bei den behandelnden Ärzten beobachten. Einer ihrer Gründe ist wohl darin zu suchen, daß es dem Patienten sehr schwer fällt, seiner Umgebung einen annähernd richtigen Begriff von seinem Seelenzustand zu vermitteln, eine Schwierigkeit, die sich aber nur teilweise aus der Verschiedenheit dieses Zustandes von dem den Normalen vertrauten ergibt. Einer neurotischen Erkrankung haftet immer ein Schein von Unwirklichkeit an, etwas von Pose — etwa die Sucht, Mitleid zu erwecken — als ob die Willenskraft des Patienten viel mehr über sie vermöchte, als er zugeben will. Die alte theologische Auffassung der Krankheit als einer Offenbarung von Sünde oder einer Heimsuchung als Strafe für begangene Sünden — jedenfalls etwas, für das der Kranke letzten Endes verantwortlich gehalten werden kann — hat sich bei den Neurosen hartnäckiger von Bestand gezeigt als sonst in der Medizin. Die populäre Meinung läßt immer durchblicken, daß es dem Patienten besser gehen könnte, »wenn er nur wollte,« daß er, wie Mrs. Dombey bei Dickens, nur zusammenbricht, weil er sich nicht »zusammennimmt«, daß er sich aus Eigensinn weigert, sein Interesse von sich und seinen Symptomen abzuziehen, und daß sein Leiden im Grunde reiner Perversität entspringt oder der hartnäckig behaupteten Unfähigkeit, sich der ihm zur Verfügung stehenden Willenskraft und Selbstbeherrschung zu bedienen.

Dieselbe Auffassung finden wir, wenn auch verschleiert, in vielen medizinischen Abhandlungen über dieses Thema[1], ja sie spiegelt sich

[1] So führt F. T. Roberts in seiner umfangreichen »Theorie und Praxis der Medizin« eine lange Reihe von »Ursachen« der Hysterie an — von »Verkürzung der Nachtruhe durch abendliche Vergnügungen« angefangen bis zur »senilen Degeneration« — und fügt, scheinbar im Bewußtsein der Unzulänglichkeit seiner Darstellung, in Verzweiflung hinzu, daß »man in manchen Fällen den Hysterie genannten Zustand nur der Bosheit und Eigenwilligkeit des Patienten zuschreiben könne«. Seine Versuche, eine deskriptive Psychologie der Krankheit zu geben, beschränken sich auf die Bemerkungen, daß »solche Patienten eine Menge Unsinn reden, ein übertriebenes Gefühl von ihrer eigenen Wichtigkeit haben, das Interesse anderer auf sich zu ziehen suchen und im allgemeinen nichts lieber sehen, als daß sie Mitleid und Aufmerksamkeit erwecken oder Aufsehen erregen«.

sogar in der Terminologie wider; so sagen Autoren z. B., daß sie eine Hysterie nicht diagnostiziert, sondern »aufgedeckt« hätten, daß man aus verschiedenen Anzeichen auf »Simulation oder Hysterie« schließen müsse, und überlassen es dem Leser, ob er diese beiden Bezeichnungen als gleichbedeutend oder sich ergänzend auffassen will. Und wenn ein solcher Autor einer Moralpredigt über das Laster des Simulierens zur Beruhigung seines ärztlichen Gewissens die konventionelle Wendung hinzufügt, »man dürfe schließlich nicht vergessen, daß die Hysterie eine Krankheit ist«, so mutet uns das nur zu sehr als ein nachträglicher Einfall an.

Es soll hier nicht behauptet werden, daß diese Laieneinstellung ganz unberechtigt oder unbegründet sei, — wir werden im folgenden lernen, daß sie sogar einen Kern verborgener Wahrheit enthält — es ist aber kein Zweifel möglich, daß sie in vielen Fällen die Lage des Kranken verschlimmert. Seine Symptome sind häufig an sich so seltsam, daß sie, wie z. B. bei einer Phobie vor irgend einem alltäglichen Ding oder Vorgang, geeignet sind, eher Spott als Mitleid hervorzurufen, weshalb der Patient sie vor den Personen seiner Umgebung zu verbergen pflegt. Er selber ist unfähig, den unbewußten Sinn oder eine logische Bedeutung seiner Symptome zu erfassen, und seine Freunde sehen höchstens den Wunsch, sie zu quälen in ihnen, was dann weiter zu seinem Elend beiträgt. Die nervöse Erkrankung unterscheidet sich eben von den meisten körperlichen gerade durch die ihr anhaftende Unverständlichkeit: irgend eine absurde Zwangsvorstellung verfolgt den Kranken, plötzliche Ängste oder Verstimmungen erfassen ihn mit unwiderstehlicher Gewalt, aber anscheinend grundlos, und das Gefühl einer unbekannten aber ständig über ihm schwebenden Gefahr, der Ungewißheit, in welchem Augenblick irgend ein neues oder altes Symptom sich plötzlich seiner bemächtigen wird, ist nicht das geringste seiner Schrecknisse. Dieses Gefühl, im Dunkel zu tappen, die drohende Gefahr weder zu verstehen, noch ihr begegnen zu können, peinigt den Kranken; bei den physischen Erkrankungen ist das Gefühl der Sicherheit viel größer, der Patient weiß im allgemeinen wenigstens ungefähr, was er zu erwarten hat, kann sich auf eine Berechenbarkeit seiner Leiden verlassen — ist jedenfalls der Ungewißheit, die für die Neurose so charakteristisch ist, nicht in gleicher Weise ausgeliefert.

Wir haben im vorstehenden die Besonderheiten des neurotischen Elends keineswegs erschöpfend geschildert, nur auf die Beziehungen

hingewiesen, in denen es ärger erscheint als die meisten physischen Krankheiten; jedenfalls behaupten Patienten, die beides durchgemacht haben, daß die letzteren, in ihren schwersten Formen, im Vergleiche immer noch die erträglicheren sind.

2. Die Verbreitung der Neurosen. — Die Neurose ist vielleicht die verbreitetste aller Krankheiten, von der nur die Minderzahl der Bevölkerung völlig unberührt bleibt. Die Häufigkeit ihres Vorkommens wird im allgemeinen durch Vernachlässigung einer Reihe von Umständen unterschätzt. Die Ärzte bekommen die Mehrzahl aller Fälle überhaupt nicht zu Gesicht. Viele Zwangskranke z. B. betrachten ihren Zustand nicht als eigentlich pathologisch und ärztlicher Hilfe zugänglich, sondern als eine persönliche Sonderbarkeit, mit der sie, so gut sie eben können, fertig zu werden versuchen. Andere schämen sich der Lächerlichkeit oder des abstoßenden Inhaltes ihrer Zwangsvorstellungen viel zu sehr, um sich einem Arzt anzuvertrauen. Dasselbe gilt für die zahllosen Fälle von sexueller Perversion und Inversion ‹letztere allein soll bei zwei Prozent der Bevölkerung vorkommen›, für Anästhesie, Impotenz und für Kriminalität auf neurotischer Grundlage. Dazu kommt die ungeheuere Häufigkeit der Sucht nach Narkoticis und des Alkoholismus, Zustände, deren neurotischen Ursprung man heute kennt. Ferner leidet eine Unzahl von Menschen an einer Unfähigkeit, sich dem sozialen Leben einzuordnen, die sich in mangelnder Anpassung, in Untüchtigkeit und Gehemmtsein, in übertriebener Angst vor Tod oder Verarmung, in Hoffnungslosigkeit, ja in Verzweiflung oder ähnlichem äußert; wir wissen heute, daß diese Fälle durch Einflüsse, ähnlich den bei der Neurosenbildung wirksamen, zustandekommen. Schon die erschreckend große Anzahl der jährlichen Selbstmorde — der seltensten Folge solcher Zustände — sollte uns vor einer Unterschätzung dieser sozialen Formen der Neurose warnen.

Aber auch eine Menge der Fälle, die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, wird nicht als neurotisch erkannt, sondern fälschlich als organische Krankheit diagnostiziert, ein Irrtum, der — im Gegensatz zur herrschenden Meinung — viel öfter vorkommt als der umgekehrte. Auf einige dieser Zustände werden wir noch später zu sprechen kommen. Als Beispiele lassen sich verschiedene Gefäßerkrankungen ‹Ödeme etc.› aufzählen, viele Neuralgien, Pseudo-Angina und andere Herzsyndrome, Asthma bronchiale, Enuresis, Pavor Nocturnus, sowie verschiedene Magen- und Darmerscheinungen. Man könnte sagen, daß im allgemeinen die Tendenz

besteht, Neurosen mit lokalen Manifestationen lokalen organischen Verursachungen zuzuschreiben, so werden z. B. Pollakisurie, Spermatorrhoea und Dysurie auf Nieren-, prostatische oder urethrale Störungen, Konstipation auf primäre Muskelerschlaffung, Magensymptome auf die Wirkung von Toxinen, Sehstörungen auf Refraktionsanomalien usw. bezogen.

Schließlich dürfen wir das Ausmaß nicht vergessen, in dem neurotische Erscheinungen organische komplizieren und erschweren. Wenn ein Arzt eine bestimmte organische Krankheit diagnostizieren kann, konzentriert er gerne seine ganze Aufmerksamkeit auf sie und vernachlässigt, sehr zum Schaden des Patienten, jeden etwa hinzukommenden neurotischen Zustand. Nun sind aber, ganz abgesehen von ausgesprochenen Neurosenfällen, latente neurotische Tendenzen etwas so Häufiges, daß in vielen, wahrscheinlich sogar in der Mehrzahl aller Krankheitsfälle das physische Leiden die eine oder andere neurotische Manifestation auslöst, auf deren Rechnung dann ein beträchtlicher Anteil der tatsächlichen Beschwerden des Patienten zu setzen ist. Man kann also ruhig sagen, daß von allen Schmerzen und Übeln, unter denen Patienten zu leiden haben, ein größerer Anteil von Neurosen herrührt als von irgend einer anderen besonderen Krankheitsform.

3. Verminderung der sozialen Leistungsfähigkeit durch Neurosen. — Die Herabsetzung der sozialen Leistungsfähigkeit durch die Neurose ist aus folgenden Gründen eine besonders große. Nur ein Bruchteil der Neurotiker ist gänzlich arbeitsunfähig, so daß die Mehrzahl der Leidenden Menschen sind, die ihre Lebensarbeit fortsetzen, im öffentlichen Dienste stehen, erwerben und Familien gründen, das bedeutet natürlich, daß hier weniger tüchtige und erfolgreiche Arbeit geleistet wird als geleistet werden könnte. Ferner ist das Hauptsymptom, eben das eigentliche Wesen jeder Neurose, die Störung der sozialen Beziehungen. Auch bei anderen Erkrankungen werden die Familienmitglieder und die Personen in der nächsten Umgebung des Kranken durch seine Leistungsunfähigkeit, den Anblick seiner Schmerzen etc. betroffen, bei einer Neurose aber kommt noch etwas anderes hinzu. Wir werden später erfahren, daß eine ihrer Funktionen, ein in ihr verborgener Sinn, zwar unbewußt aber ausdrücklich darauf gerichtet ist, die dem Kranken zunächst Stehenden zu quälen, die Aufdeckung dieser Tendenz liefert uns dann eine Erklärung für die oben besprochene, feindselige Einstellung der Neurose gegenüber.

Wir müssen uns klar machen, daß die Neurosen gar keine Krankheit im strengen medizinischen Sinne, sondern nur im sozialen Sinne sind. Medizinisch genommen ist Krankheit das Ergebnis der Wechselbeziehungen zwischen einem Einzelorganismus und einer äußeren, nicht menschlichen Schädlichkeit, etwa einem physischen Trauma oder einem Einbruch von Mikroorganismen, einem Faktor endogener oder exogener Herkunft, eine soziale Krankheit aber das Produkt der Beziehungen zwischen einem Einzelorganismus und einer bestimmten menschlichen Außenwelt. Oder freier ausgedrückt: die Neurosen entstehen aus dem Konflikt zwischen Individuum und Gesellschaft, die übrigen Krankheiten aus dem Konflikt zwischen Mensch und Natur. Diesen grundlegenden Unterschied können viele Ärzte nicht erfassen, die gewohnt sind, alle Krankheiten unter dem gleichen Gesichtspunkt zu betrachten, in seiner Vernachlässigung aber haben wir einen der Hauptgründe für die vielen ergebnislosen Forschungsversuche im Gebiete der Neurosenlehre zu suchen.

4. Die Beziehungen der Neurosen zu den Psychosen. — Man ist während der letzten zehn Jahre zur Überzeugung gekommen, daß die Beschäftigung mit den Neurosen die unentbehrliche Vorbereitung für das Studium der Psychosen ist. Bei den Psychosen hat sich die allgemeine Unfähigkeit, eine Unterscheidung zwischen physischen und sozialen Krankheiten zu treffen, noch deutlicher bemerkbar gemacht als bei den Neurosen, und die pathologische Anatomie hat durch die erfolgreiche Zurückführung einer Reihe von Geisteskrankheiten auf anatomische Grundlagen leider noch zur Verwischung dieser Unterschiede beigetragen. Andererseits haben die an den Neurosen gewonnenen Aufschlüsse überraschend viel zur Aufhellung des vorher unverständlichen Gewirrs der psychischen Vorgänge bei Zuständen wie der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein beigetragen. Wir können heute sagen, daß es ohne diese Erkenntnisse keine Möglichkeit zur Lösung der komplizierteren Probleme der Geisteskrankheiten gibt. Der Zugang von der Neurologie und internen Medizin zu den Psychosen muß notwendigerweise über das Studium der Neurosen führen.

5. Bedrohliches Anwachsen der Kurpfuscherei. — Die Vernachlässigung, die diese Seite der Medizin durch die Ärzte erfährt, hat in den letzten Jahren auch heute noch nicht überwundene, ernste Folgen gehabt, nämlich das immer bedrohlicher werdende Anwachsen der Kurpfuscherei, die fraglos die Erfolge, auf die sich ihr Gedeihen stützt,

vor allem der Natur der Neurosen verdankt. Durch die Ausbildung des modernen Annoncenwesens, das den Quacksalbern den Absatz ihrer Mittel an das große Publikum erleichtert, konnten sie die medizinische Therapie gerade an ihrem verwundbarsten Punkt, bei der Behandlung der Neurosen, treffen. Über andere Einbrüche ins Gebiet der Medizin, die von Bewegungen herrühren, welche entweder religiöser Natur sind oder sich als solche gebärden (Eddyismus, Dowieismus, Theosophie, Spiritismus, Emmanuelismus etc.), werden wir noch später zu sprechen haben. Glücklicherweise erwacht in den Ärzten neuerdings allmählich die Erkenntnis, daß die Ursachen dieser Vorgänge darin zu suchen sind, daß sie selbst den psychologischen Faktor der Heilkunde prinzipiell vernachlässigt haben, und nicht darin, daß die medizinische Therapie schon heute die Grenze ihres Könnens erreicht hat.

6. Das Studium der Neurosen und die allgemeine Medizin. — Als letzter, nicht unwichtigster Punkt soll hier noch angeführt werden, daß das Studium und die Behandlung der Neurosen der Medizin Ausblicke eröffnet, wie keines ihrer andern Spezialfächer. Der moderne Psychopathologe muß sich in einem von der älteren Ärztegeneration ungeahnten Maße mit sozialen Problemen beschäftigen und Stellung zu den sozialen Institutionen nehmen. Er kann sich nicht länger ausschließlich auf die eigentliche Pathologie konzentrieren und findet in dem Gebiete der Soziologie ein neues Arbeitsfeld, zu dem er wichtige Beiträge zu leisten vermag. Massenpsychologie und Soziologie verlangen als Grundlage eingehende individualpsychologische Kenntnisse, die der klinische Psychologe leichter als andere erwerben kann. Über Probleme, wie Erziehung bei Normalen und Abnormen, die Einrichtung der Ehe, in deren Auffassung in nächster Zeit bedeutende Wandlungen bevorzustehen scheinen, die Bedeutung der Frauenbewegung und die Beziehungen zwischen Wirtschaftslage und Geschlechtsleben, urteilt er von neuen Gesichtspunkten aus, mit denen die betreffenden Fachwissenschaftler zu rechnen haben werden. Seine Einstellung zur Zivilisation und ihren Tendenzen und zu den kulturellen Bewegungen und Bestrebungen wird in der Zukunft die größte Beachtung finden und sein Einfluß nicht länger wie bisher auf das Gebiet der physischen Gesundheit beschränkt bleiben.

Wie besonders Freud und seine Schule gezeigt haben, sind die in dem Studium der Neurosen gewonnenen Erkenntnisse imstande, unerwartete Aufschlüsse über die Psychologie des Normalen und

Abnormen zu liefern. Hochinteressante Arbeiten haben sich mit den beiden Möglichkeiten der Abweichung vom Durchschnittlichen, der Entwicklung des Genies einerseits und des Kriminellen andererseits, beschäftigt, mit der Charakterbildung beim normalen und exzentrischen Menschen, sowie mit der Bedeutung von Kunst, Religion und Philosophie. Sie haben die auffallende Ähnlichkeit im Aufbau der Phantasien des einzelnen, wie sie sich z. B. in normalen Träumen oder in neurotischen Symptomen äußern, und den Phantasien ganzer Völker, wie sie uns in uralten Mythen, abergläubischen Gebräuchen, im Folklore, in Sagen und Legenden erhalten sind, aufgedeckt und in der Deutung der ersteren den Schlüssel zum tieferen Verständnis der letzteren gefunden. Aber nicht nur die Mythologie, sondern Wissenschaften wie Geschichte, Anthropologie und Philologie sowie alle Zweige der Psychologie, haben ausgiebigen Nutzen aus der neuen klinischen Psychologie gezogen. Das ursprünglich rein therapeutisch gerichtete Studium der Neurosen baut so von allen Seiten her eine Wissenschaft auf, die die engeren Grenzen der älteren Medizin überschreitet und bestrebt ist, ihr eine hervorragende Stellung unter den am höchsten eingeschätzten Geistes- und sozialen Wissenschaften zu erobern.

Wir haben im vorstehenden gezeigt, daß von den verschiedensten Gesichtspunkten aus das Studium der Neurosen eine wichtigere Angelegenheit ist, als die Vertreter der ärztlichen Wissenschaft gewöhnlich vermuten. Es gibt tatsächlich kein anderes Spezialfach in der Medizin, in dem die geleistete Arbeit so viel individuelle und soziale Verantwortung in sich trägt, das der Forschung so vielversprechende Möglichkeiten eröffnen würde oder gleich geeignet erschiene, das wissenschaftliche Ansehen der Medizin zu steigern.

## Widerstreit der Ansichten.

Es läßt sich leider nicht leugnen, daß nirgends in der Medizin die Ansichten der Forscher weiter auseinandergehen als in der Neurosenlehre, gleichgültig, ob es sich um die Ätiologie, Klassifikation, Pathologie, Diagnose, Prognose und folglich auch um die Therapie handelt. Eine solche Lage erweckt in Außenstehenden leicht die Meinung, daß hier, vielleicht infolge gegebener Schwierigkeiten, nicht viel positives Wissen vorhanden ist und die von den einzelnen Autoren vertretenen Ansichten eben nur unbegründete oder noch unerwiesene Spekulationen vorstellen.

Man kann aber gar nicht nachdrücklich genug betonen, daß ein solcher Schluß ein arger Fehlschluß wäre. Nicht nur, daß eine ganze Menge von endgültigen und wohlbegründeten Erkenntnissen vorliegt, man kann sogar nachweisen, daß die herrschende Meinungsverschiedenheit nur zum geringsten Teil, und auch da nur indirekt, von der Kompliziertheit des Gegenstandes herrührt. Sie entsteht viel eher dadurch, daß die meisten Theorien, selbst die von Autoritäten auf anderen medizinischen Gebieten vertretenen, sehr oberflächlich sind und auf mißverständlicher Auffassung der in Betracht kommenden Probleme beruhen. Tatsächlich wiederholen viele von ihnen einfach die vagen Ansichten aus der Zeit vor dem Auftauchen der neuen klinischen Psychologie und sind deshalb heute nicht wertvoller als die in der vorbakteriologischen medizinischen Ära aufgestellten Vermutungen über die Pathogenese einzelner Krankheiten. Diese merkwürdige Sachlage kommt dadurch zustande, daß es sich hier um ‹psychologische› Vorgänge handelt, für deren Verständnis die betreffenden ärztlichen Autoren unzureichend vorgebildet sind, und die sie von rein medizinischen und physischen, statt von sozialen und psychologischen Gesichtspunkten aus in Angriff nehmen, ohne überhaupt die beiden auseinanderhalten zu können. Nirgends sonst in der Medizin wäre es denkbar, daß anerkannte Autoritäten Urteile fällen, die mit den zu beobachtenden Phänomenen derart unvereinbar sind. Die Anzahl der Forscher, die durch ihre Vorbildung und Gründlichkeit befähigt sind, wissenschaftlich wertvolle Ergebnisse zutage zu fördern, steht leider in keinem Verhältnis zu der Menge der Autoren, die sich mit dem Thema befassen. So kann man aus der Unmenge einander widersprechender Meinungen viele, ja die Mehrzahl als wertlos ausscheiden.

Einen anschaulichen Beweis für die herrschenden Meinungsverschiedenheiten geben die Urteile über Prognose und Schwere der Fälle von neurotischer Erkrankung. Stellen wir einmal — natürlich mit einzelnen Ausnahmen — die folgende Reihe auf: Die günstigste Prognose stellen den hysterischen Symptomen im allgemeinen die Vertreter medizinischer Spezialfächer. So »heilt« der Laryngologe eine hysterische Aphonie durch Anwendung des faradischen Pinsels ebenso schnell wie der Ophthalmologe hysterischen Blepharospasmus oder Amblyopie durch ähnlich bequeme Maßnahmen. Ein Grund für diese optimistische Prognose liegt auf der Hand. Der nächste Anfall von Aphonie führt den Patienten eben meist zu einem anderen Laryngologen, der ihn neuerdings »heilt«, solche

In den folgenden Abschnitten soll bei der Zusammenstellung der einzelnen Methoden das Hauptgewicht auf ihre Gemeinsamkeiten und nicht auf ihre Abweichungen voneinander gelegt und gezeigt werden, daß diese Verschiedenheiten vor allem auf der abweichenden Zielsetzung und nicht auf prinzipiellen Unterschieden beruhen.

## Klassifikation.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, ist es notwendig, sich über die Art der Klassifikation zu verständigen. Wenn z. B. ein Autor eine bestimmte Behandlung für Neurasthenie beschreibt, müssen wir wissen, was er unter diesem Terminus versteht, bevor wir über den Wert seiner Methode urteilen können. Die Behandlung kann ja für den Zustand, den er im Auge hat, ausgezeichnet sein und sich für den, den andere Autoren mit dem gleichen Namen belegen, nicht im geringsten eignen. Eine Auseinandersetzung der Einteilungsprinzipien wäre hier nicht am Platze; wir wollen versuchen, unser Ziel — die Schaffung einer Grundlage für das Verständnis der verschiedenen Behandlungsmethoden — mit einer möglichst knappen Darstellung zu erreichen. Eine Erläuterung der getroffenen Einteilung soll es dann dem Leser ermöglichen, jedes einzelne Syndrom, das er vielleicht in anderer Weise untergebracht zu sehen gewohnt war, leicht aufzufinden.

In der älteren Schule teilte man die Neurosen selbstverständlich rein klinisch nach der Beobachtung des Krankheitsverlaufes und der Gruppierung der Symptome ein. Man unterschied durch mehr als ein halbes Jahrhundert Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und Zwangsneurose, wie auch wir es hier tun wollen. Vor etwa 30 Jahren gerieten dann in Frankreich unsere nosologischen Begriffe ins Schwanken, dadurch, daß Morel und andere die ätiologische Bedeutung der seelischen Degeneration übermäßig hervorhoben. Auf die unsichere Basis dieser Hypothese gestützt, schuf Charcot den Terminus »konstitutionelle Neurasthenie« und Janet den verwandten Begriff »Psychasthenie«, die beide durch die Autorität ihrer Autoren allgemeinen Eingang fanden. Nach Janet ist die Psychasthenie ein einheitlicher Zustand, wie etwa die Dementia praecox Kraepelins, d. h. daß die gemeinsamen Merkmale der mit dieser Bezeichnung zusammengefaßten Syndrome auffallender sind als die Unterschiede, die zwischen ihnen bestehen, und jedes einzelne Syndrom den übrigen Mitgliedern dieser Gruppe

stärker ähnelt als denen irgend einer andern ‹nicht psychasthenischen›. Nach dem von uns festgehaltenen Standpunkt aber beruht diese Gruppierung auf falschen Voraussetzungen, einzelne Züge der Krankheitsbilder werden zu stark betont, andere vernachlässigt, die Einheitlichkeit wird übertrieben und die Verschiedenheit der Syndrome voneinander unterschätzt. Die in diese Gruppe eingereihten Fälle würden wir von unserem Gesichtspunkt aus heterogene heißen, es sind zum größten Teil leichte Dementia praecox-Fälle ‹eine Krankheitseinheit, die noch unbekannt war, als der Begriff Psychasthenie formuliert wurde›, Zwangsneurosen, Angsthysterien und manisch-depressives Irresein ‹die alle bis heute in Frankreich nicht allgemein anerkannt worden sind›.

Klassifikation nach der Pathogenese. — Wir müssen die Neurosen vor allem in zwei Gruppen scheiden: solche, in deren Ätiologie physische, und solche, bei denen psychische Einflüsse die Hauptrolle spielen, die letzteren kann man bei der Benennung durch die Vorsilbe »Psycho« von den anderen unterscheiden. Wir behaupten hier nicht, daß der prinzipielle Unterschied zwischen den beiden Gruppen so groß ist, wie manche Autoren meinen, er ist aber immerhin groß genug, um die Unterscheidung praktisch wertvoll zu machen, und hat außerdem den Vorteil, fast überall anerkannt zu werden. Es gibt drei einfache oder »Aktualneurosen«, nämlich Neurasthenie, Angstneurose und Hypochondrie, und vier Psychoneurosen, nämlich Konversionshysterie, Angsthysterie, Fixationshysterie und Zwangsneurose.

Außer dem ätiologischen treten noch zwei andere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen deutlich in den Vordergrund. 1. Bei Neurosen im eigentlichen Sinne sind die krankheitserregenden Einflüsse zur Zeit der Symptombildung wirksam ‹sie sind aktuell, daher der Name »Aktualneurosen«›, während bei den Psychoneurosen die ätiologisch bedeutsamsten Einflüsse weit, gewöhnlich um viele Jahre, zurückliegen, die letzte Verursachung ist bei den ersteren im Leben der Erwachsenen, bei den letzteren in der Kindheit zu suchen. 2. Die einzelnen Symptome einer Psychoneurose ergeben bei der Untersuchung einen bestimmten Sinn, der sich nur mit psychischen Mitteln ausdrücken läßt, in den einzelnen Symptomen der Aktualneurosen andererseits kann keine Form der psychologischen Analyse eine psychische Bedeutung entdecken.

Wie oben bemerkt, läßt sich die Trennung der beiden Arten der Neurosen voneinander, besonders vom klinischen Standpunkt aus, nicht

absolut streng durchführen, das wird uns umso deutlicher, je mehr wir von den Neurosen wissen. Man hat gefunden, daß das gleiche Ausmaß der physischen Schädigung bei verschiedenen Menschen ungleich stark wirkt, und kann diese individuellen Unterschiede auf vergangene psychogene Einflüsse von der Art, wie sie bei den Psychoneurosen wirksam sind, zurückführen. Das verwischt entschieden den Unterschied zwischen den beiden Gruppen und drückt ihn fast zu einem Gradunterschied herab. In manchen Fällen spielen die frühen psychogenen Einflüsse eine so große Rolle, daß bei physischen Schädlichkeiten, die sich normaler Weise ohne Nachteil ertragen ließen, eine Aktualneurose zustandekommt; in anderen Fällen wieder spielen diese frühen Einflüsse keine andere Rolle als beim Normalen und würden an sich nicht krankheitsbildend wirken, wenn nicht die physischen Schädlichkeiten ‹in ihrem Ausmaß oder der Dauer ihrer Wirksamkeit› groß genug wären, um eine Neurose entstehen zu lassen. In noch anderen Fällen vereinigen beide Arten der krankheitserregenden Einflüsse ihre Wirksamkeit, so daß es schwer fallen kann, sie in ihrer Anteilnahme gegeneinander abzuwägen.

Diese Wechselbeziehung der krankheitserregenden Faktoren ist aus folgendem Grunde praktisch sehr bedeutsam. Die physischen Schädlichkeiten, die hier vor allem in Betracht kommen, sind entweder leicht, durch ein Wort, einen vernünftigen Rat oder in anderen Fällen überhaupt nicht zu beseitigen; diese Eigentümlichkeit wird an Hand der einzelnen Beispiele in den betreffenden Kapiteln verständlicher werden. Man kann aber im letzteren Fall das therapeutische Problem von einer anderen Seite her lösen. Man kann die psychogenen Einflüsse mit Hilfe später beschriebener Methoden unschädlich machen und erstaunlich vielen Kranken auf diese Weise Erleichterung verschaffen; die unabwendbaren physischen Schädlichkeiten können nämlich — wenn sie nicht durch psychische kompliziert sind — von den Patienten oft ohne böse Folgen ertragen werden.

Die Anordnung des Stoffes. — Wenn schon die beiden oben besprochenen Hauptgruppen ineinander übergehen, werden wir nicht erstaunt sein, die gleiche Erscheinung in erhöhtem Maße bei den Untergruppen wiederzufinden. Daher läßt sich vieles, was für eine Neurose gilt, auch für alle anderen Arten von Neurosen verallgemeinern. Dasselbe gilt in einem gewissen Grad auch für die therapeutischen Maßnahmen, so daß es unpraktisch wäre und zuviel Wiederholungen zur Folge hätte,

wenn man bei jeder einzelnen Neurose alle therapeutischen Methoden durchgehen wollte. Darum soll hier bei jeder Neurose die ihr angemessene Behandlung erwähnt und dann der Abschnitt bezeichnet werden, in dem detailliertere Auskünfte über die betreffenden Maßregeln zu finden sind. Das Allgemeine über psychische Behandlung ‹Psychotherapie› wird im Kapitel über Hysterie mitgeteilt.

Selbstverständlich können in einer Arbeit wie der vorliegenden die Probleme der Pathologie und Diagnose nur gestreift werden und ihre Erörterung muß überall hinter dem Hauptthema zurücktreten. Andererseits kann man nicht vermeiden, auf sie Bezug zu nehmen, denn ohne eine, wenn auch nur partielle Darstellung der verschiedenen Theorien blieben die Berichte über die einzelnen therapeutischen Maßnahmen größtenteils unverständlich; ich will dadurch auch vermeiden, in einen Fehler zu verfallen, der bei Arbeiten über Psychotherapie, besonders bei solchen über Suggestion, sehr häufig ist, nämlich die Behandlungsmethoden empirisch zu beschreiben, statt im Zusammenhange mit der Pathologie, in der sie ihre Grundlage haben. Auch werden wir uns natürlich mehr mit den therapeutischen Grundsätzen als mit den Details der Anwendung befassen, da einige Methoden, wie Hydrotherapie, Elektrotherapie u. a. m., nicht nur bei der Behandlung der Neurosen in Gebrauch sind, andere wieder, besonders einige der psychologischen, eine ausführlichere Darstellung verlangen als ich hier geben könnte. Jedenfalls aber hoffe ich, daß es mir gelingen wird, auch bei den umständlichsten von diesen letzterwähnten Behandlungsmethoden genügend praktische Anweisungen zu geben, um dem Arzt ihre Anwendung zu ermöglichen und ihm den Weg zu einer eingehenderen Vertiefung in sie zu weisen.

## II. Kapitel.

# Hysterie.

Wir gebrauchen den Terminus Hysterie hier in dem allgemein üblichen Sinne, so daß es nicht notwendig ist, die Symptomatologie oder den Krankheitsbegriff der Hysterie noch eigens zu erläutern, Babinskis Absonderung verschiedener vasomotorischer und anderer Symptomkomplexe von der gewöhnlichen Hysterie berücksichtigen wir dabei nicht. Man kann die Theorien über die Pathologie und Behandlung der Hysterie leicht in zwei große Gruppen scheiden, je nachdem, ob in ihnen der somatische oder der psychische Faktor stärker in den Vordergrund tritt.

### a) Physiologische Methoden.

In der Mitte und zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, zu einer Zeit, in der man noch allgemein von der pathologischen Anatomie die Lösung aller medizinischen Probleme erwartete, beachtete man vor allem die physischen Manifestationen der Hysterie und hoffte, von ihnen ausgehend, am ehesten die krankhaften Veränderungen, die man vermutete, lokalisieren zu können. Man erklärte sich eine Armlähmung oder einen Tremor des Armes je nachdem aus einer herabgesetzten oder übergroßen Tätigkeit des kortikalen Armzentrums, obwohl es den tatsächlichen Symptomen nach ebenso leicht gewesen wäre, eine Affektion des Plexus brachialis zu vermuten. Daß es trotz aller Bemühungen nicht gelang, mit dem Mikroskop Veränderungen in diesen Zentren zu entdecken, schob man lieber auf die Unvollkommenheit des Mikroskops als auf Mängel in der Beweisführung und nahm an, daß diese Veränderungen zu geringfügig wären, um sich anders als in Funktionsstörungen zu äußern. Eine Erinnerung an diese Fiktion ist uns in dem heute veralteten Ausdruck »funktionelle nervöse Störung« erhalten geblieben, der in vielen medizinischen und sogar in einigen neurologischen Handbüchern noch in Gebrauch ist.

Die Aufklärungen, die uns die Forschungen der letzten dreißig Jahre über die Hysterie gegeben haben, machten selbstverständlich diese einfache Theorie unhaltbar und wir beschäftigen uns hier mit der Heilmethode, die aus ihr hervorgegangen ist, nur deshalb, weil sie noch heute die offiziell anerkannte und die am häufigsten empfohlene ist, man erzielt auch unter Umständen wirklich noch immer gute Wirkungen mit ihr, nur kommen diese Erfolge auf ganz andere Weise zustande als man ursprünglich im Sinne hatte.

Das klassische Beispiel für eine physiologische Therapie ist die bekannte Weir Mitchell-Kur, die eine ziemlich merkwürdige Entwicklung durchgemacht hat. Von den vier Elementen, aus denen die Behandlung sich zusammensetzt, nämlich Mastkur, Massage (mit oder ohne Anwendung von elektrischen Strömen), Isolierung und Bettruhe, sind die beiden letzten heute die bekanntesten, während Mitchell, wie auch der Titel seines Buches ("Fat and Blood and How to Make Them") zeigt, das Hauptgewicht auf den Ernährungsfaktor legte und ihm die anderen Maßregeln unterordnete. Von den beiden Voraussetzungen ausgehend, daß erstens die hysterische Erkrankung von der unregelmäßigen und ungleichmäßigen Funktion gewisser Gehirnzellen herrührt, und daß zweitens die Ursache dieser Unregelmäßigkeit in der mangelhaften Ernährung solcher Zellen zu suchen ist, machte man den Versuch, die Störung durch eine planmäßige Hebung des Ernährungszustandes bei dem Patienten zu beseitigen. Mitchell selbst betrachtete die Bettruhe als belanglos für die Behandlung, trotzdem verordnete er sie schließlich, teils weil sie die Wirkung der Mastkur begünstigte und teils aus praktischen Gründen, um sich die Behandlung der zahlreichen Patienten, die von auswärts kamen, um ihn zu konsultieren, zu erleichtern. Er sah die Bettruhe aber immer nur als ein notwendiges Übel an und hielt darauf, sie nicht über sechs Wochen ausdehnen zu lassen, so erscheint es fast wie eine gewisse Ironie des Schicksals, daß seine Heilmethode unter dem Namen »Ruhekur« Berühmtheit erlangt hat. Auch Massage und elektrische Behandlung standen ursprünglich in zweiter Linie, als notwendige Hilfsmittel für die Mast- und Ruhekur.

Als das bedeutsamste Stück dieser Therapie hat sich aber — abgesehen von der Persönlichkeit des Arztes — die Maßregel der Isolierung des Patienten herausgestellt. Ihre in vielen Fällen günstige Wirkung, die offenbar auf psychischem Wege zustande kommt, verdankt sie der

vorübergehenden Ausschaltung krankmachender sozialer Einflüsse. In anderen Fällen wieder hat die Isolierung des Patienten die denkbar übelsten Folgen; so hat z. B. der isolierte Kranke noch bessere Gelegenheit zu fruchtloser Selbstbeobachtung und hypochondrischen Grübeleien, während den in seinem Innern miteinander kämpfenden Strebungen durch das Aufgeben der sozialen Betätigungen und Interessen die letzte Möglichkeit einer realen Verwendung genommen wird.

Die Persönlichkeit des Arztes und seine psychische Einwirkung auf den Kranken spielt bei dieser Behandlung eine noch entscheidendere Rolle. Wir wissen heute, daß die günstigen Resultate, welche die Weir Mitchell-Kur in manchen Fällen erzielt hat, hauptsächlich dem suggestiven Einfluß des Arztes (ein Faktor, mit dem wir uns noch beschäftigen werden) zuzuschreiben waren, und diese Einsicht erklärt uns, warum die Verwendbarkeit der Methode eine so auffallend verschiedene war, je nach den Personen, die sie handhabten. Bei einer hervorragenden Persönlichkeit, wie Mitchell selbst es war, haben die Heilerfolge, die ihm in gewissen Fällen gelangen, nichts Erstaunliches. Die wechselnden Wirkungen der therapeutischen Maßnahmen aber und die Häufigkeit von entmutigenden Mißerfolgen ließen erkennen, daß wir es hier nicht mit einer Methode zu tun haben, wie man sie ursprünglich erhoffte, nämlich mit einem System von rein physiologischen Maßnahmen, die sich in ihren Wirkungen verläßlich berechnen lassen.

Die folgenden drei Aussagen kann man über die Weir Mitchell-Kur mit ziemlicher Sicherheit machen: 1. Jede einzelne Maßregel ist aus dem Zusammenhang gelöst und besonders in Kombination mit radikaleren Heilmethoden gelegentlich von günstigem Einfluß. 2. Die Wirkung, die diese Kur auf den Patienten ausübt, kommt hauptsächlich auf psychischem Wege zustande und unterscheidet sich in nichts von der Wirkung anderer Suggestionsmethoden. 3. Die Art und Weise, in der ein Patient auf jedes einzelne Stück der Behandlung — von der Anwendung elektrischer Ströme bis zur Persönlichkeit des behandelnden Arztes — reagiert, richtet sich nach seiner individuellen psychischen Beschaffenheit. Veranschaulichen wir uns die letzte Behauptung an dem Beispiel einer Mastkur mit größeren Quantitäten Milch. Es gibt Patienten, die Milch begierig trinken und andere, die sie nur mit ausgesprochenem Widerwillen zu sich nehmen können: ihre Einstellung ist eine verschiedene, je nach den Vorstellungen, mit denen der Begriff »Milch« bei

ihnen verknüpft war. Bei den Patienten letzterer Art steht er in inniger Verbindung mit zurückgedrängten Gedanken, welche die Abneigung oder sogar den Abscheu des Kranken erregen und diese unbewußten Assoziationen und Gefühle bestimmen seine Reaktion gegen die an sich harmlose Substanz. Ein solcher physischer Widerwille kann — wie ich in einer Anzahl von Fällen beobachtet habe — vollkommen verschwinden, wenn eine entsprechende seelische Analyse diese Beziehungen aufdeckt und den Patienten über die Art und Weise aufklärt, in der er sich nicht nur zu dem Begriff Milch, sondern zu den im Unbewußten damit verbundenen Vorstellungen, die durch den Anblick der Milch wachgerufen wurden, verhalten hat. Dieses Beispiel liefert uns einen anschaulichen Beweis für die Behauptung, daß die Wirkung der Weir Mitchell-Kur auf den einzelnen auf viel undurchsichtigere Weise zustande kommt, als man bei oberflächlicher Beobachtung annehmen würde, und daß jede Voraussage über den Verlauf der Behandlung ohne eine genaue Kenntnis der Persönlichkeit des Patienten unmöglich ist.

Wenn die Weir Mitchell-Behandlung aus irgend einem Grunde wünschenswert erscheint, so dürfte sie doch nicht, wie es nur zu oft der Fall ist, als blinde und gedankenlose Anwendung eines mechanischen Verfahrens gehandhabt werden, sondern müßte sich mit irgend einer Art von psychischer Einsichtnahme verbinden, die es dem Arzt ermöglicht, die psychischen Wirkungen jeder einzelnen Maßnahme genau zu verfolgen und zu kontrollieren. Unter dieser Voraussetzung kann dann jede einzelne Maßregel zu Zeiten bemerkenswerte Erfolge haben, obwohl keine von allen je unentbehrlich ist. Andererseits bewirkt eine Vernachlässigung dieser Voraussetzung — wie ich häufig beobachten konnte — leicht üble Folgen für den Patienten, wie z. B. eine Steigerung seines Erregungszustandes, seiner Hypochondrie oder selbst eine schwere Depression.

Eine Hebung des Ernährungszustandes steigert gewöhnlich das Wohlbefinden und Selbstvertrauen des Patienten, so daß er sich den Schwierigkeiten seiner Lage besser gewachsen zeigt. In gewissen Fällen, besonders bei mageren, reizbaren Kranken, ist auch eine Mastkur nicht unberechtigt und kann eventuell zur Erwerbung eines gewissen Gleichmutes verhelfen. Die Anwendung von elektrischen Strömen, gleichgültig welcher Stärke, bleibt ergebnislos bis auf die psychische Einwirkung, die man aber auf andere Weise besser zustande bringt. Von größerem Nutzen ist die Massage, die

nicht nur durch die Beförderung von Ruhe und Schlaf auf den allgemeinen Ernährungszustand günstig einwirken, sondern auch die Blutzirkulation in Gliedern mit vasomotorischen Störungen heben kann.

Die Frage, wann die Isolierung eines Patienten stattfinden soll, ist nicht immer leicht zu entscheiden. Lévy und andere haben mit Recht gegen die noch immer übliche unterschiedslose Verwendung dieser Maßregel protestiert, die andererseits verschiedene therapeutische Systeme, wie z. B. das von Déjerine, in den Vordergrund stellen. Es gibt sicher Fälle, bei denen alle Anstrengungen des Patienten, gesund zu werden, in der häuslichen Umgebung mißlingen müssen, so daß es gut ist, wenn man den Kranken wenigstens auf einige Zeit diesem Einfluß entziehen kann. Nur soll der Arzt nicht sein Hauptbestreben darauf richten, dem Patienten durch Schaffung einer günstigeren Umgebung die Schwierigkeiten aus dem Wege zu räumen, er muß ihn im Gegenteil dazu befähigen, sie zu überwinden oder doch zu ertragen, ohne in abnormer Weise unter ihnen zu leiden. Dieser Standpunkt muß besonders bei jeder Behandlung auf analytischer Grundlage festgehalten werden. Die aktuellen Reibungen und Kämpfe, die sich aus dem täglichen Leben des Patienten ergeben, bieten dem Arzt das wertvollste Material, aus dem er wichtige Aufklärungen gewinnen kann, und an Hand dessen sich die Richtigkeit seiner Vermutungen mit einer Sicherheit nachprüfen läßt, die in einer künstlich geschaffenen Umgebung nie zu erreichen wäre. Es kann jedenfalls kein Zweifel darüber bestehen, daß man die Isolierung des Patienten in der Regel viel zu bereitwillig und unüberlegt anordnet. Es ist zwar ein besonders bequemer Weg, aber er führt auch meistens zu nichts. Allerdings kann man häufig bei isolierten Patienten eine vorübergehende Besserung beobachten, hat man ihre psychische Verfassung aber sonst auf keine Weise zu verändern versucht, so werden sie höchstwahrscheinlich mit einem Rückfall reagieren, wenn man sie in die Situation, der sie vorher nicht gewachsen waren, zurückversetzt. So werden durch die Isolierung nur bei Patient und Arzt Hoffnungen erweckt, die sich bei der ersten Berührung mit der Realität als trügerisch erweisen. Jeder Arzt sollte es sich zum Grundsatz machen, den Patienten gleich nach Beginn der Behandlung zur Aufnahme irgend einer passenden Betätigung zu veranlassen, einer Arbeit, Liebhaberei, einem Studium oder sonstigem Interesse, und sollte die Isolierung, wenn sie auch manchmal unvermeidlich wird, immer als eine unerwünschte Störung des beabsichtigten Behand-

lungsplanes ansehen, sie sollte, wie die Schlafmittel zur Linderung von Schlaflosigkeit, ein letztes Hilfsmittel bleiben, auf das man nur im Notfall zurückgreift.

Wir können, wie sich aus dem vorstehenden ergibt, die bei der Weir Mitchell-Kur angewendeten Maßnahmen nur als nützliche Zutaten betrachten und können diese Kur nicht als einen ernstzunehmenden Versuch, den Krankheitszustand selber zu beheben, anerkennen[1]. Dasselbe gilt offenbar für alle anderen physiologischen Heilmethoden, die sich zum großen Teil auch nur die Beseitigung der Symptome zum Ziel setzen. Hysterische Retentio urini kann Katheterisation und Schlaflosigkeit eine Kaltwasserkur notwendig machen. Es gibt Fälle von Anorexia nervosa mit tatsächlicher Gefahr des Verhungerns, bei denen man auf die wenigstens zeitweise Durchführung einer künstlichen Ernährung nicht verzichten kann; eine Behandlung für Hysterie ist das aber selbstverständlich ebensowenig, wie etwa für die Gewissenskrupel der conscientious objectors[2]. Konstipation, Diarrhoe, Blähungen und Erbrechen treten nicht selten als hysterische Symptome auf und können manchmal durch Anwendung der Mittel, welche die Medizin gegen solche Störungen vorschreibt, zeitweilig behoben werden; dasselbe gilt für die zahlreichen kleinen Leiden, Kopfschmerzen, Neuralgien, Husten, Heterophorien, Polyurien und eine Unzahl anderer Symptome. Man muß sich nur darüber klar sein, daß in allen diesen Fällen die Anwendung physischer Heilmittel, wenn sie leider auch manchmal nicht umgangen werden kann, einem Eingeständnis der eigenen Unzulänglichkeit gleichkommt, denn alle diese Symptome können tatsächlich nur dadurch zum Verschwinden gebracht werden, daß man den in ihnen verborgenen Sinn aufdeckt und näher auf ihn eingeht. Die Behandlung hysterischer Symptome

---

[1] Es ist bezeichnend für die herrschende Unwissenheit im Gebiete der medizinischen Psychologie, daß manche Professoren noch heute ihre Hörer lehren, daß die Weir Mitchell-Kur eine spezifische Behandlung der Hysterie vorstellt — eine schlechte Vorbereitung für die Schwierigkeiten, mit denen sie in der Praxis sicher zu kämpfen haben werden.

[2] So hießen in England diejenigen Personen, welche mit der Begründung, ihr Gewissen erlaube es ihnen nicht, ablehnten, Kriegsdienste zu leisten. Sie wurden auch in England schlecht behandelt, eine Zeit lang in Gefängnissen gehalten usw., aber man mußte schließlich ihrem Widerstreben Rechnung tragen. Warum es in den kontinentalen Armeen keine solchen conscientious objectors gab, dürfte bekannt sein. (Anmerkung des Übersetzers.)

und a fortiori der Hysterie selbst auf physischem Wege läßt sich mit der Behandlung der Harnverhaltung durch Punktion der Harnblase vergleichen. Man kann die Analogie sogar ziemlich weitgehend durchführen: es handelt sich in beiden Fällen um eine vorübergehende Linderung, ohne daß der pathologische Zustand dadurch eine Veränderung erfährt, und in beiden Fällen gleicher Weise um eine dringende, unaufschiebbare Hilfeleistung, ein hysterisches Symptom, von solcher Beschaffenheit, daß der Arzt gezwungen ist, rasch zu physischen Linderungsmitteln zu greifen, statt sich mit den pathogenen psychischen Einflüssen beschäftigen zu können, die es verursacht haben, kann nur durch eine Vernachlässigung der Behandlung zu so bedrohlicher Stärke angewachsen sein.

Ich möchte in diesen Zusammenhang noch eine sehr wichtige Bemerkung einfügen, nämlich daß viele Hysteriker ungewöhnlich leicht einer Sucht nach Narkoticis verfallen, die anerkennenswerte Zurückhaltung, die die meisten Ärzte bei der Verordnung von Schlafmitteln, Kokain und besonders Morphin beobachten, ist daher diesen Patienten gegenüber vollkommen berechtigt.

Die Bemerkungen, die wir oben über die Maßregel der Isolierung des Patienten gemacht haben, passen mit geringfügigen Veränderungen auch auf andere: z. B. Wechsel des Aufenthalts, Unterbrechung der Arbeit und Reisen. Es tritt manchmal, nicht immer, eine leichte Besserung in den Symptomen ein, aber der Patient wird durch nichts zu der leichteren Überwindung der Aufgaben, an deren Bewältigung er gescheitert ist, befähigt. Der Arzt, der dem Patienten zu einer Reise rät, gesteht damit ein, daß er den Fall nicht behandeln kann und auch gar keinen Versuch mehr in dieser Richtung machen will, ein ärztliches Armutszeugnis, das auch in jedem anderen medizinischen Fach als solches erkannt würde. Es liegt einem, wenigstens bei manchen Ärzten, die Vermutung nahe, daß ein solcher Rat nur ihrem Wunsch Ausdruck verleiht, Patienten von sich zu schaffen, deren Anblick ihnen ihre eigene Ohnmacht zu deutlich vor Augen führt.

Die verschiedenen sogenannten »Arbeitskuren« sind nicht so ohne weiteres zu verurteilen, obwohl auch bei ihnen die wichtigsten Probleme kaum gestreift werden. Wir wollen aber über den guten Kern, den sie enthalten, lieber später in einem anderen Zusammenhange sprechen.

### b) Allgemeines über die Behandlung der Hysterie.

Jeder Arzt sollte, ohne Rücksicht darauf, für welche Art der Behandlung er sich im Einzelfall entscheidet, einige allgemein gültige Grund-

sätze im Auge behalten, deren Besprechung wir in zwei getrennten Abschnitten folgen lassen.

### 1. »Unangemessene« Gefühlsreaktionen.

Wir dürfen nicht vergessen, daß das scheinbar unvernünftige Benehmen der Hysteriker, ihr Verhalten und ihre Einstellungen nie so sinnlos sind, wie sie bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen, sondern sich bei eingehender Erforschung immer als wohlbegründet und verständlich herausstellen. Jeder Laie weiß, daß diese Kranken, manchmal nur in gewissen und manchmal in sehr vielen Situationen, anders reagieren als der Normale. Nehmen wir die Angst als Beispiel: ein Hysteriker fürchtet sich vor Objekten, Situationen und Vorgängen, die bei dem normalen Menschen keine Furcht erregen, andererseits zeigt er sich Dingen gegenüber, die normalerweise zur Angstentwicklung berechtigen, furchtlos oder überrascht in Fällen, die bei dem Normalen ein gewisses Maß von Angst auslösen, durch die zu geringe oder übermäßig verstärkte Intensität dieses Affekts. Sein Verhalten in dieser Beziehung trägt vielleicht mehr als alles andere schuld daran, daß man ihm Mangel an seelischem Gleichgewicht und Unbeständigkeit zuschreibt oder richtiger gesagt, vorwirft, dieser Vorwurf der Unbeständigkeit trifft besonders Patienten, die sich in der gleichen Lage bald in der einen und bald in der anderen Weise verhalten. Der Gesunde spürt, daß solche Menschen abnorm sind, er kann nicht berechnen, in welcher Weise sie reagieren werden und ihre Reaktion nicht begreifen, er spürt ihnen gegenüber die gleiche — nur dem Grade nach geringere — Verständnislosigkeit, wie man sie Geisteskranken gegenüber fühlt. Alle Dinge scheinen für den Hysteriker eine andere Bedeutung als für den Normalen zu haben, man fühlt eine »Umwertung aller Werte«.

Es gehört zu den Verdiensten der modernen klinischen Psychologie, gezeigt zu haben, daß diese zu unangemessenen Gefühlsreaktionen führende Umwertung der Dinge mehr scheinbar als tatsächlich stattfindet. Die Beobachtung der Tatsache, daß irgend ein Vorfall auf einen bestimmten Patienten anders wirkt als auf einen Normalen, ist vollkommen richtig, aber die aus dieser Beobachtung gewöhnlich abgeleitete Folgerung, daß die Reaktion des Patienten eine übertriebene ist, ist ein Fehlschluß. Der Hysteriker reagiert — so unwahrscheinlich diese Behauptung klingt — der Qualität und Quantität nach genau wie der Normale, seine Reaktion

ist nur durch einen unter dem Namen »Verschiebung« bekannten Vorgang stärker »überdeterminiert« als die des Normalen. Diese Bezeichnungen verlangen eine Erklärung, die man am besten an Hand eines dem täglichen Leben entnommenen Beispiels liefert. Ein kleines Kind, dem der Arzt — etwa bei der Eröffnung eines Abzesses — Schmerz zufügen mußte, wird sich längere Zeit nachher auch vor dem harmlosesten Besuch jedes anderen Arztes fürchten. Es verschiebt seinen Angstaffekt von dem einen Doktor auf den anderen, wir könnten auch sagen: es »identifiziert« alle Doktoren in der Vorstellung, als ob sie eine einzige Person wären, sein peinliches Erlebnis beeinflußt die Einstellung zu dieser von ihm geschaffenen Sammelperson und es benimmt sich dem zweiten Arzt gegenüber nicht anders, als wäre er der erste. Der starke Affekt verhindert das Kind, einen gefühlsmäßigen Unterschied zwischen beiden zu machen, wenn es sie auch mit dem Verstand ganz gut von einander unterscheiden kann, die Merkmale, die beiden gemeinsam sind, drängen sich vor allem in den Vordergrund. Ein fremder Beobachter müßte das Benehmen des Kindes bei dem Zusammentreffen mit dem zweiten, vorher unbekannten Arzt für den Ausdruck von übertriebener und sinnloser Feigheit halten, dieses Benehmen erscheint uns aber sofort ganz menschlich und absolut verständlich, wenn wir es mit dem früheren Erlebnis zusammenbringen. Dieselben Verhältnisse finden wir auch bei dem hysterischen Kranken wieder. Alle seine abnorm und übertrieben genannten Reaktionen gehen darauf zurück, daß sich die betreffende Situation in seiner Vorstellung innig mit einer anderen verbindet, für die sein Verhalten natürlich und erklärlich war. Er reagiert, genau genommen, gar nicht auf die gegenwärtige, sondern auf die frühere Situation oder im günstigsten Falle auf eine Kombination von beiden. So abnorm uns sein Benehmen der aktuellen Lage gegenüber auch vorkommt, so erscheint es doch verständlich und angemessen, sobald wir die Sachlage übersehen und seine Einstellung aus dem früheren bedeutsamen Erlebnis ableiten.

Wie wir aus dem oben angeführten Beispiel ersehen, ist die Tatsache der Verschiebung und der Einfluß, den ein vergangenes Erlebnis auf das Verhalten bei einem ähnlichen aktuellen ausübt, ein völlig normaler Vorgang. Die hervorstechendsten Unterschiede zwischen dem Hysteriker und dem Normalen sind dabei 1. daß der Hysteriker sich von solchen Erinnerungen ausgiebiger beeinflussen läßt als der Normale und 2. — eine notwendige Ergänzung dazu — daß die

assoziative Verknüpfung der primären mit der sekundären Situation bei ihm weniger augenscheinlich ist. Der erste dieser beiden Punkte berührt, wie wir noch später erfahren werden, den Kern unserer Theorie der hysterischen Erkrankungen. Vorläufig wollen wir uns auf die Bemerkung beschränken, daß der Hysteriker in einem abnormen Maße unter dem Einfluß seiner Vergangenheit steht und überhaupt zum großen Teil noch immer in der Vergangenheit lebt; die Gründe für dieses Verhalten sollen später erörtert werden. Wir geben hier nur einen anderen Ausdruck für den bekannten Satz, daß der Hysteriker unfähig zur vollkommenen Anpassung an das reale, gegenwärtige Leben ist.

Zur Erklärung des zweiten Punktes kehren wir noch einmal zu unserem aus dem normalen Kinderleben genommenen Beispiel zurück. Hier ist die Ähnlichkeit zwischen der primären und sekundären Situation, den beiden ärztlichen Besuchen, so augenscheinlich, daß sie uns sofort einleuchten muß. Nun kann aber in manchen Fällen die Angst des Kindes so groß sein, daß schon eine viel weniger auffallende Ähnlichkeit genügt, um den Affekt auszulösen, z. B. der Anblick eines eintretenden Fremden, der eine schwarze Tasche oder einen Zylinderhut trägt. In diesem Falle würde es einem zufällig anwesenden Beobachter gewiß nicht gelingen, den Gedankengängen des Kindes zu folgen, und er würde, noch leichter als in dem früher angeführten Beispiel, geneigt sein, das Verhalten des Kindes als unvernünftig zu verurteilen. Dem gewöhnlichen Erwachsenen erscheint die Ähnlichkeit zwischen einem Handlungsreisenden und einem Arzt verhältnismäßig klein und das beiden Gemeinsame, etwa die schwarze Tasche, so geringfügig, daß es durch die viel auffallenderen Unterschiede leicht in den Schatten gestellt wird; für ein Kind aber, das sich vor Ärzten ängstigt, ist keine Ähnlichkeit so gering, daß sie nicht den Gedanken an die drohende Gefahr in ihm wecken könnte. Die Aufzählung von zahlreichen ähnlichen Beispielen aus dem täglichen Leben, von Reaktionen mit anderen Affekten, wie Liebe, Haß, Zorn etc. können wir uns, meiner Meinung nach, ersparen. Das Wesentliche an alledem ist, daß auch bei dem Normalen das Auftreten eines starken Affektes dazu verleitet, Ähnlichkeiten zwischen der von dem Affekt begleiteten Vorstellung und irgendwelchen neu auftauchenden Vorstellungen herauszufinden, die Unterschiede zwischen ihnen aber, auch wenn sie groß sind, zu vernachlässigen; diese gesetzmäßige Erscheinung ist von der größten Tragweite für die Psycho-

logie. So sieht sich eine Frau, die sich vor Eisenbahnunfällen ängstigt, bei jedem kleinen Ruck, den der Zug macht, in Gefahr, ein Geschäftsmann, der den Bankerott fürchtet, wird durch ein unbedeutendes Sinken der Kurse in Panik versetzt, und ein Soldat, der sich vor Verrat schreckt, vermutet in jedem Fremden mit auffälligerem Benehmen einen Spion. Einem ruhigen und objektiven Beobachter kann die Ähnlichkeit, welche die betreffenden Vorstellungen miteinander haben, ganz entgehen, der Ruck des anhaltenden Zuges erinnert ihn nicht einmal entfernt an einen Eisenbahnunfall und der Anblick eines Menschen mit einem photographischen Apparat verbindet sich bei ihm in keiner Weise mit der Vorstellung einer Gefahr für das Vaterland. Wir erklären uns die eben beschriebene Bezeichnung mit einem technischen Ausdruck als Wirkung der Assimilationsfähigkeit eines Komplexes[1], ist der einem Komplex anhaftende Affekt besonders intensiv, so können Vorstellungen, die den Komplexvorstellungen auch nur entfernt ähnlich sind, seinem Wirkungskreis assimiliert werden, und zwar auf der Basis von Assoziationen, die bei objektiver Betrachtung ganz unberechtigt erscheinen. Je stärker der Komplex mit Affekt besetzt ist, desto weiter reicht seine Fähigkeit zur Assimilation fremder Vorstellungen. Daraus schließen wir: je flüchtiger die Assoziationen zwischen zwei Vorstellungen sind, die in dieser Weise miteinander verknüpft werden, desto intensiver muß der Affekt sein, der ihre Verknüpfung bewirkt hat. Wir werden also nicht erstaunt sein zu finden, daß bei den wichtigsten Komplexen, nämlich den Komplexen mit pathogener Bedeutung, die Ähnlichkeit zwischen der primären und sekundären Situation oft eine weit hergeholte ist und von dem objektiven Beobachter, dem das besondere, sie miteinander verbindende Interesse fehlt, leicht übersehen werden kann.

Die Beleuchtung der psychischen Einflüsse, die den hysterischen Patienten veranlassen, so viele aktuelle Situationen als Wiederkehr von wichtigeren vergangenen aufzufassen, ist im allgemeinen keine leichte Aufgabe, nicht nur daß die Beziehungen zwischen beiden von so flüchtiger

[1] Unter Komplex versteht man eine Gruppe miteinander verbundener Vorstellungen mit starker Affektbetonung und einer deutlichen Abfuhrtendenz (Wunsch, Sehnsucht etc.). In der Praxis findet man, daß solche Vorstellungsgruppen immer eine Neigung zur Dissoziation zeigen, die in verschiedenen Fällen sehr verschieden stark sein kann, infolgedessen ist gewöhnlich ein Teil des Komplexes ins Unbewußte verdrängt worden.

Natur sind, daß ihre Auffindung nicht ohne weiteres gelingt, sie sind auch gewöhnlich unbewußt, d. h. der Patient weiß nichts von ihnen und und setzt jedem Versuch, ihn zu ihrer Anerkennung zu bringen, einen starken instinktiven Widerstand entgegen.

Praktische Folgerungen. — Aus der Einsicht, die wir aus den vorstehenden Betrachtungen gewonnen haben, lassen sich wichtige Richtlinien für den Verkehr des Arztes mit hysterischen Patienten ableiten. Vor allem muß man das »abnorme« Verhalten und Benehmen der Hysteriker empirisch beurteilen. Wenn man einmal weiß, daß es zwar von außen beurteilt falsch, psychologisch aber richtig und vom Standpunkt des Patienten berechtigt ist, muß man es auch dafür gelten lassen. Wenn z. B. ein Patient vor dem Aufenthalt in einem geschlossenen Raum Angst hat, so ist diese Angst nichts Unvernünftiges, Falsches und eigentlich Unwirkliches, wie man sie, von der äußeren Realität ausgehend, gewöhnlich beurteilt, sondern eine wichtige Tatsache, die verdient, daß man sich eingehend mit ihr beschäftigt. Der Patient hat seine guten Gründe, sich vor etwas zu fürchten, nur ist dieses Etwas nicht die Vorstellung des geschlossenen Raumes, die Angst ist real und hat auch eine reale, verständliche Ursache, die man aber erst auffinden muß. Das Fremdartige an dem Vorgang ist die Verschiebung der Angst von ihrem Ursprung auf einen Vorstellungsinhalt, der sonst wahrscheinlich gleichgültig geblieben wäre, wie er es auch für den Normalen ist. Dieser Vorstellungsinhalt hat irgend ein Attribut mit der Vorstellung gemeinsam, welche die Angst berechtigterweise auslöst, und ängstigt darum den Kranken wie alles, was ihn — direkt oder indirekt, bewußt oder unbewußt — an letztere erinnert.

Der Arzt kann sich diesen abnormen Reaktionen des Kranken gegenüber verschieden verhalten: er kann den Versuch machen, sie zu bekämpfen, dadurch, daß er sie ins Lächerliche zieht, sie zu übersehen scheint usw., und wenn sein suggestiver Einfluß auf den Kranken stark genug ist, kann er auch, wenigstens eine Zeit lang, Erfolg damit haben. Wenn er aber die Tatsache, daß viele Dinge für den Patienten etwas ganz anderes bedeuten als für ihn selbst, systematisch ignoriert, wird er — in allen schwereren Fällen — unweigerlich die Antipathie oder Feindseligkeit des Patienten auf sich ziehen, der sich dann mit der Klage, daß »der Arzt ihn nicht verstehe« oder »daß seine Persönlichkeit ihm unsympathisch sei«, von ihm abwendet. Diese beabsichtigte Vernachlässigung der

individuellen Reaktionen des Patienten, seiner Neigungen und Abneigungen, Sympathien und Antipathien, verfehlt allerdings in vielen Fällen nicht ihre — günstige oder ungünstige — Wirkung; sie verhilft uns aber nicht zu dem Verständnis der verborgenen, krankheitserregenden Einflüsse oder zur Herstellung einer harmonischeren seelischen Verfassung bei dem Kranken. Nun heißt das andererseits nicht, daß der Arzt allen Launen und Schwächen des hysterischen Patienten nachgeben und sie unterstützen soll; er muß sich ja im Gegenteil unaufhörlich bemühen, das Verhalten des Patienten in dieser Hinsicht dem des Normalen anzugleichen; aber er muß den abnormen Reaktionen ihren bestimmten sinnvollen Inhalt zugestehen, sie bei den Ratschlägen, die er dem Patienten gibt, in Betracht ziehen und sich mit allen Kräften bemühen, sie verstehen zu lehren.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß solche Patienten sich ihrem Arzt gegenüber, wie in jedem engeren Verhältnis zu anderen Menschen, launisch, unbeständig, unberechenbar, kurz: unvernünftig benehmen. Auf kleine Veränderungen im Verhalten des Arztes reagieren sie in der maßlosesten Weise: ein veränderter Tonfall, eine kleine persönliche Eigenheit oder Geziertheit, der Gebrauch gewisser Ausdrücke, gegen die der Patient eine Idiosynkrasie hat, ein Zug in seiner äußeren Erscheinung, jedes dieser Dinge hat die Macht, die Einstellung des Patienten zu seinem Arzt zu verwandeln und die Achtung vor ihm in Antipathie, Gereiztheit, Furcht, Haß oder — was am unbegreiflichsten ist — in zärtliche Zuneigung zu verkehren. Gerade diese Unbeständigkeit der hysterischen Patienten läßt den Ärzten ihre Behandlung als eine undankbare Aufgabe erscheinen, der man, wenn irgend möglich, ausweicht. Aber auch hinter diesem Verhalten verbirgt sich ein tieferer Sinn, was uns nach den oben angestellten Betrachtungen nicht mehr überrascht. Wir haben hier einfach ein neues Beispiel für die hysterische »Verschiebung«, das Wiedererleben der Vergangenheit an aktuellen Situationen, die etwas mit den vergangenen gemeinsam haben. Der Arzt erweckt in dem Patienten die — gewöhnlich unbewußte — Erinnerung an eine Person, die in seinem früheren Leben eine Rolle gespielt hat, und der Patient überträgt nun auf ihn die verschiedenen Gefühle, die sich auf diese Person bezogen und nicht in der normalen Weise im Laufe der Zeit aufgezehrt wurden. Er meint also mit seinen Äußerungen eigentlich nicht den Arzt, sondern jene andere Person, die er in seiner Vorstellung mit dem Arzt zusammen-

bringt (»identifiziert«), ein Vorgang, den wir mit einem technischen Ausdruck »Übertragung« heißen. Diese Neigung des Hysterikers, Menschen aus seiner Vergangenheit und besonders Menschen, die in seinem Affektleben eine besondere Rolle gespielt haben, mit Personen aus seinem gegenwärtigen Leben zu identifizieren, unterscheidet sich von dem entsprechenden normalen Verhalten in den Beziehungen, die wir oben gewürdigt haben. Es ist nur ein Ausdruck der bei ihm bestehenden Tendenz, das gegenwärtige Leben vom Standpunkt der Vergangenheit aus zu leben. Ein Hysteriker bleibt mit seinen Gefühlsreaktionen immer hinter der Zeit zurück.

Von diesem Gesichtspunkt aus verstehen wir auch die häufig geäußerte Ansicht, daß der Hysteriker dem realen täglichen Leben hilflos gegenübersteht, daß er sich seiner aktuellen Umgebung nicht entsprechend anpassen kann. Den Hauptgrund für diese Unfähigkeit haben wir schon angedeutet, der Patient steht zu stark unter dem Einfluß seiner Vergangenheit und kann darum die gegenwärtigen Situationen nicht nach ihrer tatsächlichen Bedeutung einschätzen, er beurteilt sie statt dessen nach vergangenen, mit denen er sie in seiner Vorstellung identifiziert.

Ein Arzt, der das Verhalten des Patienten studiert und aus seiner Vergangenheit zu erklären versucht, wird den oben geschilderten Wechsel in der Einstellung besser verstehen und die ihn bewirkenden seelischen Vorgänge an kleinen Anzeichen früher bemerken als andere, die diesen Dingen keine Aufmerksamkeit zuwenden, die erwarten, daß der Patient sich normal verhalten wird und unangenehm überrascht sind, wenn sie sich in ihrer Erwartung täuschen, er arbeitet bei hellem Licht, die anderen im Dunkeln. Bei jeder Form von Behandlung der Hysterie ist die Regulierung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient eine der Hauptaufgaben, mißlingt sie, so werden alle therapeutischen Bemühungen des Arztes vereitelt, ja noch mehr: der Zustand des Patienten kann sich durch Schuld des Arztes bedeutend verschlechtern. Darum kann man diesem Punkt, der oft in der leichtsinnigsten Weise vernachlässigt wird, gar nicht genug Aufmerksamkeit zuwenden. Takt und Scharfsinn können viel dazu tun, um ein solches Mißlingen zu verhüten, müssen aber durch zwei Faktoren unterstützt werden, um ihrer Aufgabe immer zu genügen: die genaue Kenntnis der Wege, auf denen es zu einer Beeinflussung dieses Verhältnisses kommen kann, und ein möglichst genaues Wissen um die Vergangenheit des Kranken.

## 2. Der Widerstand.

Einer der Punkte, in dem sich die Hysterie — und alle Psychoneurosen — am auffallendsten von jeder Art körperlicher Krankheit unterscheiden, ist das Vorhandensein einer psychischen Macht im Kranken, die sich gegen das Gesundwerden sträubt. Von dieser Regel gibt es, so eifrig die Patienten auch das Gegenteil beteuern, keine Ausnahme. Wenn der Wunsch gesund zu werden, sich auf noch so viele ernsthafte Motive stützt, wenn der Patient, so viel er weiß, sich auch aus allen Kräften nach der Gesundheit sehnt, so ist doch immer ein Gegenwille in ihm vorhanden, wir belegen diesen Gegenwillen mit dem Namen »Widerstand« ‹nämlich Widerstand gegen die therapeutischen Bemühungen des Arztes›.

Wenn wir diesen Zusammenhang erkannt haben, so erscheint uns eine Reihe von alltäglichen Beobachtungen in neuem Licht. Da haben wir zum Beispiel den bekannten Typus des Patienten, der seine Abneigung gegen das Gesundwerden kaum verbirgt. Er hat fortwährend wichtige Verabredungen, die ihn seine Vereinbarung mit dem Arzt nicht einhalten lassen, oder er kommt zu spät, weil er an die Vereinbarung vergißt, er versäumt es, die Vorschriften des Arztes auszuführen und bringt dafür eine Menge von Entschuldigungen vor: als charakteristischeste das Vergessen, er vernachlässigt die Ratschläge, die man ihm erteilt oder handelt ihnen doch direkt entgegen, er legt allen therapeutischen Bestrebungen Hindernisse in den Weg und vereitelt sie mit der größten Geschicklichkeit, so daß der verzweifelte Arzt ihn schließlich rund heraus fragen möchte: »Wollen Sie eigentlich gesund werden oder nicht?« So verhält sich der widerspenstige, unzugängliche Patient, dessen Krankheit eine Frage des Eigensinns zu sein scheint.

Dann kennen wir einen Typus von Patienten, deren Symptome immer merkwürdig rechtzeitig auftreten. Ihre Anfälle von konvulsivischen Zuckungen, schmerzhaften Neuralgien und Kopfschmerzen, Zittern und ähnlichem zeigen sich nur, wenn der Patient unter Beobachtung steht und können, wenn er sich selbst überlassen bleibt, lange Zeit hindurch aussetzen. Die Symptome scheinen sich auch oft ausdrücklich auf eine bestimmte Person zu beziehen, treten nur in Verbindung mit ihr auf und richten sich ausschließlich nach ihrem Benehmen und Vorhaben. So konnte ich eine Patientin beobachten, die vollkommen gesund blieb, so lange ihr Mann zu Hause war, aber in seiner Abwesenheit so viele und so bedrohliche Symptome produzierte, daß man ihn mehrmals zurückberufen mußte, er

war Geschäftsreisender und ein Motiv für die Krankheit der Frau war der Wunsch, er möge seinen Beruf ändern, der ihn zu so häufiger Abwesenheit vom Hause zwang. Als Gegensatz zu diesem Beispiel erinnere ich Fälle von Patientinnen, die nur in Abwesenheit ihres Mannes gesund waren und deren Krankheit unter anderem die Aufgabe hatte, einem wenig aufmerksamen Gatten Unannehmlichkeiten zu bereiten und ihn zur Teilnahme zu zwingen. In anderen Fällen hängt das drohende Auftreten der Symptome wie ein Damoklesschwert über dem Frieden des Hauses; sie treten auf, wenn der Patient irgend eine Versagung oder Enttäuschung erfährt und verschwinden wie durch Zaubermacht, sobald seine Ansprüche befriedigt werden. Solche Patienten können die ganze Familie tyrannisieren; man muß jeder ihrer Launen nachgeben und Rücksicht auf ihre Neigungen und Abneigungen nehmen, wenn man nicht einen Anfall bei ihnen riskieren und als hartherzig und grausam dastehen will. Hier haben wir das Verhalten des berechnenden Patienten, dessen Krankheit einer bestimmten Absicht zu entspringen scheint.

Diesem Typus steht eine andere Art von Kranken nahe, die mit ihren Symptomen irgend jemanden kopieren, den sie gesehen, von dem sie gehört oder vielleicht in der Zeitung gelesen haben. Man nennt sie die «imitativen» Kranken, ihre Krankheit macht den Eindruck von Simulation. Dieser Typus von Kranken hat Anlaß zu den Bemerkungen über die Hypersuggestibilität der Hysteriker gegeben, wobei man gewöhnlich übersieht, daß die Symptome nie unterschiedslos kopiert, sondern gewöhnlich sehr sorgfältig ausgewählt werden.

Aus dem Studium eines einzelnen von einem bestimmten Patienten kopierten Symptom, erfährt man mehr über das wahre Wesen der Hysterie als einen Termini, wie das Wort »Hypersuggestibilität«, lehren können, in deren Gebrauch Autoren wie Babinski ihre Befriedigung finden.

Es bleiben noch die Patienten zu erwähnen, die ihre Symptome tatsächlich künstlich fabrizieren. Bekannte Beispiele sind die verschiedenen Hautaffektionen, von der Blasenbildung bis zum Brand, die Hämoptoen, bei denen das Blut aus dem Zahnfleisch, die Glycosurie, bei der der Zucker aus der Vorratskammer kommt, die halb absichtlichen, halb zufälligen Selbstbeschädigungen und Unfälle usw. Wir haben hier den betrügerischen Patienten, dessen Krankheit man als planmäßige Fälschung ansieht.

Man entfernt sich sehr weit von der Wirklichkeit und tut den Hysterikern unrecht, wenn man ihnen diese vier Eigenschaften, Eigensinn, Berechnung, Simulation oder Betrügerei allgemein zuschreibt, über den Kern von Wahrheit, den dieser Vorwurf enthält, wollen wir später sprechen. Aber der gemeinsame Zug bei den besprochenen Typen ist ein deutlicher Widerstand gegen das Gesundwerden oder — anders ausgedrückt — ein Krankheitswille. Manche Autoren, wie z. B. Kohnstamm[1], gehen sogar so weit, die etwas rohe Verallgemeinerung aufzustellen, daß ein «defektes Gesundheitsgewissen« das spezifische Merkmal der Hysterie sei.

Wenn wir dieselben Vorgänge von einer anderen Seite aus betrachten, fällt uns auf, daß in vielen Fällen von hysterischer Erkrankung der Patient aus seiner Krankheit unverkennbare Vorteile zieht (Freuds »Krankheitsgewinn»), auf die er im Falle der Genesung verzichten müßte. Dieser Krankheitsgewinn liegt nicht immer auf der Hand, zeigt sich aber bei einer längeren Dauer der Erkrankung ziemlich deutlich. Man kann die Krankheit als Ausrede benützen, um alle möglichen lästigen häuslichen oder sozialen Pflichten und Aufgaben von sich abzuwälzen, man kann als Kranker auf kleine Zugeständnisse und Rücksichten rechnen, die man als Gesunder nicht beanspruchen könnte, und im allgemeinen werden dem Kranken oft die Wege geebnet, um seine Leiden erträglicher zu gestalten.

Wir dürfen uns nicht darüber täuschen, daß der Patient aus ganz bestimmten Gründen, von dem Gewinn, den er aus seiner Krankheit zieht, viel weniger weiß, als man glauben sollte. Da für den Beobachter der Krankheitsgewinn auffällig genug ist, kann man nur annehmen, daß der Patient ihn nicht merken will. Wir werden noch später sehen, daß diese Erklärung sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich hat, sie läßt uns unter anderem den Unwillen verstehen, mit dem der Patient auf jede Aufklärung über den wahren Sachverhalt reagiert, ebenso wie das offenbare Widerstreben, mit dem er bei fortschreitender Genesung auf den Krankheitsgewinn verzichtet. Der Patient ist sich der Vorteile, die seine Krankheit ihm bringt, nur teilweise bewußt, er befindet sich in vollkommener Unkenntnis darüber, daß diese Vorteile die Motive abgeben, die seine Krankheit aufrecht erhalten. Und doch können wir nach

[1] Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LXVIII., S. 522.

zahllosen Beobachtungen, die keine andere Deutung zulassen, kaum mehr an der Richtigkeit dieser Vermutung zweifeln, für die auch das Auftreten der Rentenhysterie als Folge der deutschen Unfallgesetze ein sprechender Beweis war. Man wird tatsächlich nie sehr weit fehlgehen, wenn man bei jeder hysterischen Erkrankung sich zuerst mit den Wirkungen, die sie hervorbringt, beschäftigt und diese Wirkungen dann ganz empirisch als Ursachen betrachtet, die zumindest bei der Aufrechterhaltung des Kranheitszustandes mitwirken; wer zum erstenmal in dieser Weise arbeitet, wird überrascht sein, wie viel dieser Gesichtspunkt zum Verständnis der Krankheit beiträgt.

Wenn man einem hysterischen Patienten andeutet, daß der Krankheitsgewinn ein Motiv zur Aufrechterhaltung seiner Krankheit abgibt, so kann man sehen, daß er diese Idee mit Entrüstung zurückweist, aber auch die Überzeugung gewinnen, daß er es in gutem Glauben tut. Vielleicht ist eine Ahnung von dem wahren Sachverhalt bei ihm vorhanden; wir können aber nicht mit Sicherheit sagen, daß er von ihr weiß; er will gar nichts davon wissen. Die Fälle, in denen der Patient sich darüber klar ist, sind weitaus in der Minderzahl; ich gebe im folgenden ein Beispiel eines solchen Falles. Ich behandelte einmal eine Dame mit schweren hysterischen Symptomen. Nachdem im Verlaufe von ein oder zwei Monaten die Besserung trotz ihres Widerstrebens schon etwas fortgeschritten war, sagte sie eines Tages ganz ehrlich: »Sie verschwenden Ihre Zeit und Mühe an mich, Herr Doktor! Ich merke ganz deutlich, daß ich gar nicht wirklich gesund werden will. Wenn ich gesund werde, muß ich das Leben mit meinem Mann, mit allem, was es mit sich bringt, wieder aufnehmen.« Ihr Mann war ein Trunkenbold, gegen den sie psychischen, moralischen und physischen Widerwillen empfand. Allerdings verminderte sich nach Fortsetzung der Behandlung ihre übertriebene Abneigung gegen ihn so weit, daß sie das Zusammenleben mit ihm nicht mehr als unerträglich empfinden mußte.

Wir lernen hier verstehen, wie der Widerstand, den der Patient den Bemühungen des Arztes entgegensetzt, zustandekommt und warum der Patient sein Vorhandensein so widerwillig zugesteht. Die Genesung bedeutet nicht nur das Aufgeben aller Vorrechte, die einem eingeräumt wurden — ein Verzicht, den kein Mensch gerne leistet — sondern auch das unangenehme Eingeständnis vor sich selber, daß man die Krankheit zur Erlangung dieser Vorrechte ausgenützt hat, wenigstens bietet keine

Behandlung, die dem Kranken dieses Eingeständnis erspart, eine Garantie dafür, daß nicht bei der ersten passenden Gelegenheit sich der gleiche Vorgang der Krankheitsbildung automatisch wiederholt. Darum ist ein guter Arzt auch unvermeidlich ein Friedensstörer und muß als solcher die offene oder versteckte Feindseligkeit des Kranken auf sich ziehen.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich für den Arzt, der auf die wirklichen Ursachen der Krankheit zurückzugehen versucht, der, mit anderen Worten, radikal heilen und nicht nur lindern will, die Aufgabe, unaufhörlich den Motiven nachzuspüren, die den krankhaften Zustand verursacht haben und die ihn aufrecht erhalten. Wenn er auf diesem Wege sein Verständnis für die Einstellung des Patienten zur Umwelt vertieft, wird es ihm leichter, dessen Reaktionen zu deuten, die Ratschläge, die er dem Kranken erteilt, in ihrer Wirkung auf ihn vorauszuberechnen und unter Umständen die Umgebung des Kranken so umzugestalten, wie seine individuellen Bedürfnisse es verlangen. Seine Kenntnis von den Widerständen des Patienten und der wichtigen Rolle, die ihnen zufällt, lehrt ihn, daß man mit der größten Vorsicht an sie herangehen muß, bestärkt ihn aber auch in dem Entschluß, sie zu besiegen oder vielmehr dem Kranken bei ihrer Überwindung zu helfen. Er muß in seinem Verhalten gegen den Kranken »Freundlichkeit mit Strenge vereinen«, wie eine sehr abgebrauchte, aber selten beherzigte Regel empfiehlt. Auf die den Widerständen entgegengesetzten Motive, die den Kranken veranlassen, seine Genesung herbeizuwünschen, wird der Arzt die größte Aufmerksamkeit verwenden und sie, was bei körperlichen Krankheiten fast ganz wegfällt, auf jede Weise zu stärken versuchen. Er stützt sich bei allen Schwierigkeiten, die sich ihm im Laufe der Behandlung entgegenstellen, auf diese Motive, bei deren Abwesenheit keine therapeutische Bemühung wirklich Erfolg haben könnte.

Die Beobachtungen, auf welche die eben angestellten Betrachtungen sich stützen und die jeder Arzt an Hand seiner täglichen Praxis leicht nachprüfen kann, müssen bei der Formulierung jeder Theorie der hysterischen Erkrankungen in Betracht gezogen werden, ich will an dieser Stelle einige Bemerkungen über ihre Bedeutung einfügen. Wir bemerken in bezug auf sie einen auffallenden Unterschied zwischen den beiden, weiter unten besprochenen Auffassungen der Hysterie, die man die Schockhypothese und die Wunschhypothese heißen kann. Die erste von

beiden führt die hysterischen Symptome auf die Wirkung verschiedener vergangener traumatischer Erlebnisse zurück, z. B. Trauer, Schrecken, Unfälle, Kriegserlebnisse etc.; mit ihr lassen sich unsere Beobachtungen schwer in Einklang bringen und die beschriebenen Phänomene nicht befriedigend erklären. Mit der Wunschhypothese andererseits stehen sie in vollkommenster Übereinstimmung. Nach ihr sind alle hysterischen Symptome das Resultat von persönlichen Wünschen, stellen eine besondere Art der Wunschbefriedigung vor und bringen dem Patienten einen bestimmten Gewinn. In den Beispielen, die wir oben gewählt haben, ist das nicht schwer nachzuweisen, denn die Symptome gehen darauf aus, den Ansprüchen des Patienten Erfüllung zu verschaffen, befriedigen also seine persönlichen Wünsche. Die Wunschhypothese geht aber noch tiefer unter die Oberfläche und stellt die Behauptung auf, daß eine eingehende Untersuchung hinter jedem Symptom einen als Motiv wirksamen Wunsch aufdecken kann und daß dieser Wunsch durch die Existenz des Symptoms in irgend einer Weise befriedigt wird. Bei den Wünschen des Patienten, die durch die Ausnützung seiner Krankheit erfüllt werden, sind uns vor allem zwei charakteristische Merkmale aufgefallen, daß er erstens wenig oder gar nichts von ihnen weiß, und daß er sich zweitens sehr abweisend verhält, wenn er von außen her zu ihrer Anerkennung gezwungen wird. Diese Merkmale zeigen sich bei den tiefer liegenden und weniger deutlichen Motiven in verstärktem Maße, sie sind »unbewußt«, d. h. der Patient hat keine Ahnung von ihrem Vorhandensein und setzt jedem Verfahren, das sie ihm zu enthüllen droht, einen starken instinktiven Widerstand entgegen.

Ich werde in den folgenden Kapiteln eine eingehende Beschreibung von drei verschiedenen psychischen Heilmethoden geben. Davon stimmen die ersten beiden, wenn auch nur unvollkommen, mit der Wunsch-, bzw. mit der Schockhypothese überein, die dritte Methode vereinigt beide Hypothesen zu einem einheitlichen Ganzen.

Zusammenfassung. — Ich fasse die wichtigsten Punkte, die in diesem Abschnitt Besprechung gefunden haben, noch einmal übersichtlich zusammen. Ein charakteristisches Merkmal für das Verhalten von hysterischen Patienten ist das Auftreten von sogenannten »unangemessenen Gefühlsreaktionen« und die Häufigkeit, mit der in gegebenen Situationen ihre Reaktion der Art oder Intensität nach von dem normalen Verhalten abweicht, Situationen, Ideen, Objekte und Personen können für jeden

einzelnen Patienten eine ganz besondere und scheinbar unverständliche Bedeutung haben. Diese Umwertung der Werte ließ sich darauf zurückführen, daß diese Patienten zu stark unter dem Einfluß vergangener Situationen stehen, die mit den aktuellen irgend etwas gemeinsam haben, das Benehmen des Patienten erklärt sich zum Teil aus der früheren ‹primären›, zum anderen Teil aus der aktuellen ‹sekundären› Situation. Wir erfuhren ferner, daß die Ähnlichkeit, die für die Vorstellung des Patienten die primäre mit der sekundären Situation verknüpft, umso flüchtiger sein kann, je stärker der Affekt ist, welcher an der ersteren haftet, und daß die Assoziationen, welche die Verbindungen zwischen beiden herstellen, weit hergeholte und oberflächliche sein können. Man kann mit anderen Worten sagen, daß diese Affektverschiebung von einer vergangenen auf eine gegenwärtige Situation der Ausdruck für die Assimilationsfähigkeit eines starken »Komplexes« ist. Besonders charakteristisch für Hysteriker ist der Grad, in dem sie — im Gegensatz zum normalen Verhalten — unter dem Einfluß ihrer vergangenen Erlebnisse stehen, schwerer erkrankte Patienten scheinen tatsächlich in der Vergangenheit zu leben. Der Arzt erkennt, wenn er sein Verständnis vertieft, daß die Reaktionen des Patienten nur unangemessen erscheinen, wenn man sie ausschließlich auf das aktuelle Erlebnis bezieht, sie sind tatsächlich der Qualität und Quantität nach vollkommen berechtigt und verständlich, wenn man sie neben die vergangenen Erlebnisse stellt, durch die sie bestimmt werden. Man darf daher abnorme Reaktionen nicht als übertrieben oder falsch, sondern muß sie als empirisch und psychologisch richtig betrachten, sie sind nur in bezug auf Zeit und Anlaß verschoben.

Als nächsten Punkt erörterten wir die Tatsache, daß der Patient aus seinen Symptomen einen Gewinn zieht und daß dieser Gewinn ein Motiv zur Aufrechterhaltung der Krankheit abgibt, man kann von diesem Gesichtspunkt aus die Wirkungen der Symptome als ihre Ursachen ansehen. Der Patient weiß gewöhnlich von der Wirksamkeit dieser Motive nichts und sträubt sich gegen jedes Verfahren, das ihn zu ihrer Anerkennung zwingen will. Wir wiesen darauf hin, daß die Zahl der Symptome, die unbewußten Motiven entspringen und unbewußten Wünschen Befriedigung verschaffen, größer ist als man bei flüchtiger Beobachtung annehmen würde. Bei jeder hysterischen Erkrankung sind neben den manifesten Motiven, die den Patienten die Genesung herbeiwünschen lassen, starke, entgegengesetzt gerichtete Kräfte wirksam, deren Funktion

es ist, jeder therapeutischen Bemühung entgegenzuarbeiten; diese Kräfte sind gewöhnlich unbewußt. Wir hatten Gelegenheit, zwei von ihnen kennen zu lernen, nämlich die Abneigung des Patienten, auf den Krankheitsgewinn zu verzichten, und sein Sträuben gegen das Eingeständnis, daß er seine Krankheit zu egoistischen Zwecken ausgenützt hat. Wir nennen diesen Krankheitswillen, wenn er sich den therapeutischen Bemühungen des Arztes entgegenstellt, den »Widerstand« des Patienten; das Durchschauen und Besiegen dieser Widerstände gehört zu den heikelsten, aber auch zu den wichtigsten Aufgaben, die dem Arzt gestellt werden.

Wir können aus den in diesem Kapitel angestellten Betrachtungen die folgenden Schlüsse ziehen: eine Behandlung von hysterischen Erkrankungen wird umso erfolgreicher sein, je mehr sich der Arzt in die vergangenen affektiven Erlebnisse des einzelnen Patienten vertieft; ohne diese Vertiefung gibt es kein Verständnis und keine Beeinflussung seiner krankhaften Tendenzen. Wenn wir dem Kranken einfach irgend eine Art der Ruhe vorschreiben und hoffen, daß die pathogenen Kräfte daraufhin ihre Wirksamkeit einstellen werden und daß der Patient sich erholen wird, wenn man ihn nur sich selbst überläßt und reichlich ernährt, so behandeln wir damit die Hysterie nicht anders, als wenn wir das gleiche therapeutische Verfahren bei einem Fall von unaufgeklärter Unterleibserkrankung anwenden würden, ohne uns um die ätiologischen Faktoren zu kümmern; in beiden Fällen gibt es Patienten, die bei dieser Behandlung gesund werden; der Arzt hat aber für den Patienten weniger getan, als in seinen Kräften stünde, und es versäumt, ihm die Errungenschaften der modernen medizinischen Wissenschaft zugute kommen zu lassen.

## c) Psychologische Methoden.

### 1. Einleitung.

Die Anwendung jeder Art von Psychotherapie stößt — trotz aller Propaganda, die in den letzten 25 Jahren zu ihren Gunsten betrieben wurde — unter der Ärzteschaft auf zahlreiche, schwer ausrottbare Vorurteile. Ihre Ablehnung geht auf verschiedene Ursachen zurück, von denen die folgenden wahrscheinlich im Vordergrunde stehen.

Einige Ärzte können scheinbar nicht verschmerzen, daß keine physikalische Methode aufzufinden war, die sich bei der Behandlung der Hysterie als ebenso brauchbar erwiesen hätte wie die psychischen, und sie

bieten deshalb ihren ganzen Einfluß auf, um andere davon abzuhalten, sich — wie sie es nennen — »durch Beschäftigung mit dem Unreinen zu besudeln«. Diese merkwürdige Auffassung entstammt größtenteils der Begriffsverwirrung in einer rein philosophischen Frage, nämlich dem Verhältnis des Körpers zur Seele, einem Problem, das aber mit dem ärztlichen Beruf nicht das mindeste zu tun hat. Für die Ärzte, die gewohnt sind, jede Krankheit in erster Linie als eine somatische Angelegenheit anzusehen, und die die seelischen Probleme von einem grob materialistischen Standpunkt aus betrachten, bedeutet jeder Versuch einer Heilung auf psychischem Wege die unliebsame Störung eines vertrauten und gesicherten Zustandes. Dabei setzt das Studium und die Anwendung von psychischen Heilmethoden in keiner Weise philosophische Anschauungen irgend einer Richtung voraus, ein Psychotherapeut kann Monist oder Dualist sein, er kann irgend einer bestimmten philosophischen Schule oder überhaupt keiner angehören, und wir finden tatsächlich unter den hervorragendsten Psychotherapeuten der Gegenwart jeden einzelnen dieser Typen vertreten. Die theoretische Grundlage der psychischen Heilmethoden bilden zwei unbestreitbare und täglich zu machende Beobachtungen: erstens, daß Vorgänge, die wir psychische nennen, wie Kummer, Angst usw. oft von Schädigungen gefolgt werden, die wir als körperliche Störung zu bezeichnen gewöhnt sind, und zweitens, daß eine günstige Beeinflussung dieser Störungen durch andere psychische Zustände, die sich durch entsprechende psychische Maßnahmen erzeugen lassen, wie Befriedigung, Hoffnung usw. möglich ist. Es steht jedem, der ein solches Verfahren anwendet, frei, zu glauben, daß alle diese psychischen Zustände, die krankmachenden ebenso wie die heilenden, von physischen Veränderungen im Gehirn begleitet werden, oder sogar, daß sie durch diese Veränderungen erzeugt werden in ebenso unmittelbarer Weise, wie die Galle durch Vorgänge in der Leber, die Annahme oder Ablehnung solcher theoretischer Erklärungen muß aber mit dem empirischen Verfahren der Heilung des Kranken in keinem Zusammenhang stehen. So kann man in bezug auf das normale Seelenleben ähnliche Annahmen unterhalten oder verwerfen, wenn es sich z. B. um die Frage handelt, wie man einen Knaben in der Lösung algebraischer Probleme unterweisen soll, aber weder unsere theoretische Unsicherheit auf diesem Gebiete noch die offenbare Unmöglichkeit, eine solche Kenntnis mit Hilfe von besonderen Medizinen, einer bestimmten Diät oder anderen physischen Maßnahmen beizubringen, hat die Erzieher

beunruhigt oder sie davon abgehalten, zu anderen Mitteln zu greifen, die zur Erreichung des gewünschten Zieles führen.

Einen zweiten Beitrag zur Aufrechterhaltung der Vorurteile gegen die psychischen Heilmethoden leistet die Tatsache, daß die Vorgeschichte der Psychotherapie mit der Vorgeschichte der Laienheilung im allgemeinen und der Kurpfuscherei im besonderen verknüpft ist. Als die Ausübung der ärztlichen Kunst allmählich aufgehört hatte, eine Angelegenheit der Geistlichkeit zu sein, waren doch noch die psychischen Heilverfahren ‹damals in Form von Glaubensheilungen, Exorzismus etc. ausgeübt›, in ihren Händen verblieben; aller Einfluß auf diesem Gebiet, den sich nicht bis heute die Geistlichkeit dank ihren bald mehr, bald minder eifrigen Bestrebungen erhalten hat, ist zum größeren Teil auf die Quacksalber und nur zu einem geringeren auf die Ärzte übergegangen. Noch heute haftet für viele ärztlich Geschulte an dem bloßen Begriff Psychotherapie der Eindruck von etwas Irrationellem oder Mystischem, der sich leicht mit der Vorstellung von Betrügerei verbindet; die Ärzte haben die Neigung, jede Heilung auf diesem Wege als eine Art Schwindel anzusehen, als die Erreichung eines lobenswerten Zieles, nach jesuitischer Art, mit verwerflichen Mitteln. Dagegen hat es sich das moderne Studium der Psychopathologie zum Ziel gesetzt, der Psychotherapie ihre Stellung als einer medizinischen Fachwissenschaft zurückzuerobern und ihre Ausübung auf wissenschaftliche Basis zu stellen. Wenn diese Aufgabe auch erst in den letzten Jahren ernsthaft in Angriff genommen wurde, so ist doch die Psychotherapie selber schon uralt. Ihre Anfänge reichen in vorgeschichtliche Zeiten zurück, wahrscheinlich bis zu den frühesten Religionsbildungen. Diese Entwicklung läßt sich bei zivilisierten ebenso wie bei wilden Völkern verfolgen, denn Äskulap, der Vater der Medizin, von dem wir das Wahrzeichen der Schlange übernommen haben, war vor allem Psychotherapeut. Diese vornehme Abstammung sollte uns, in Verbindung mit den Errungenschaften der modernen Wissenschaft, für eine aussichtsreiche und ehrenvolle Zukunft bürgen.

Das stärkste und am tiefsten eingewurzelte Vorurteil der Ärzte gegen die Anwendung von psychischen Heilverfahren liegt meiner Meinung nach in ihrer Voreingenommenheit gegen jedes Vorgehen, das einem Menschen einen zu großen Einfluß oder zu viel Macht über einen anderen einräumt, mit der erhöhten Verantwortlichkeit, die aus dieser Situation erwächst. Diese Ablehnung wird besonders stark, wenn es sich wie hier

um einen Eingriff in die eigentliche Persönlichkeit und Willensfreiheit des anderen handelt, und wirkt noch nachhaltiger als das damit vergleichbare Widerstreben, das Schamgefühl des einzelnen zu verletzen, das lange Zeit die Gynäkologie in ihrer Entwicklung aufhielt. Es steht in Verbindung mit tief eingewurzelten Anschauungen über die menschliche Freiheit und mit Affekten, die im Verborgenen verankert sind; solche affektive und irrationelle Faktoren beeinflussen das bewußte Urteil mehr, als oft anerkannt wird. Diese Einstellung der Ärzte war bekanntlich vor allem gegen die Behandlung mittels Hypnose oder Suggestion gerichtet und es ist nicht unwahrscheinlich, daß das ärztliche Vorurteil gegen psychische Heilmethoden im allgemeinen zum größten Teil von ihrer Abneigung gegen diese bekanntesten Arten herrührt. Es ist nichts Ungewöhnliches, wenn ein Autor die Bezeichnungen »Psychotherapie« und »Hypnose« als gleichbedeutend oder sogar identisch betrachtet, und viele Bücher, welche die Psychotherapie im Titel führen, handeln eigentlich nur über die Hypnose. Sir William Osler schreibt in seinem Handbuch der Medizin: »Wir tun unrecht, wenn wir die Hysterie als eine physische Erkrankung behandeln. Sie ist ihrem Wesen nach eine psychische und affektive Störung, bei deren Behandlung die moralische Beeinflussung die Hauptrolle spielt.« Es ist für das übliche Verhalten der Ärzte in dieser Hinsicht bezeichnend, daß der Autor, selbst nach dieser unzweideutigen Äußerung, kein psychisches Heilverfahren außer der Hypnose erwähnt und diese nur, um vor ihrer Anwendung zu warnen.

In Wirklichkeit gibt es die verschiedensten psychotherapeutischen Methoden. Da es unpraktisch und überflüssig wäre, hier alle ihre zahllosen Modifikationen aufzuzählen, will ich versuchen, sie in einige Hauptgruppen einzuteilen und dadurch auf die Prinzipien, die ihnen zugrunde liegen, hinzuweisen. Es scheint mit Hilfe eines einheitlichen Kriteriums nicht unmöglich, die einzelnen Formen in einer ziemlich gleichmäßig abgestuften Reihe nebeneinanderzustellen; dieses Kriterium, das wir der Kürze halber als »Kriterium der Selbsttätigkeit« bezeichnen wollen, bezieht sich auf das Ausmaß, in dem der Patient zur Mitwirkung herangezogen wird, um selbst eine Veränderung seiner psychischen Verfassung herbeizuführen. Dies Bestreben, das bei keiner psychischen Heilmethode ganz fehlt, tritt nicht bei allen gleich stark in den Vordergrund. Warum wir gerade dieses Kriterium unserer Einteilung zugrunde legen, wird sich aus den nachstehenden Betrachtungen noch deutlicher ergeben. Vor allem wird der

Fortschritt, den die Wissenschaft in den letzten 25 Jahren auf diesem Gebiete gemacht hat, aus der wachsenden Bedeutung ersichtlich, die der selbsttätigen Mitwirkung des Patienten beigelegt wird. Ursprünglich legte man das Hauptgewicht auf die persönlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient, den sogenannten »persönlichen Einfluß« des Arztes; nun liegt es zwar in der Natur der Dinge, daß dieser Faktor nie ganz ausgeschaltet werden kann, der Fortschritt in der wissenschaftlichen Psychotherapie besteht aber gerade darin, daß sich die Bedeutung, die diesem Faktor beigelegt wurde, zum großen Teil auf einen anderen verschiebt, und zwar auf die erwähnte Selbsttätigkeit des Patienten. Bei einem bestimmten Verfahren, der Psychoanalyse, werden alle Anstrengungen gemacht, um die Nachwirkungen der persönlichen Beziehungen zum Arzt auf ein Minimum zu reduzieren.

Wir teilen die psychotherapeutischen Verfahren in drei Hauptgruppen ein, nämlich Suggestion, Neuerziehung und Psychoanalyse, und werden uns auch in dieser Reihenfolge mit ihnen beschäftigen. Ich weiß, daß ich mich bei der Einteilung der Untergruppen dem Vorwurf aussetze, daß einige von ihnen eine selbständigere und unabhängigere Stellung verdienen würden. Ich kann darauf nur antworten, daß ich diese Einwände nicht übersehen habe und daß mich ernsthafte Gründe zu meinem Vorgehen bestimmen.

## 2. Suggestion.

Die Suggestion ist nicht nur ein sehr altes Verfahren — wahrscheinlich die älteste Form der Therapie überhaupt — sondern auch das heute am häufigsten angewendete, da sie bei jeder Beziehung zwischen Arzt und Kranken in größerem oder geringerem Maße mitspielt. Man bekommt oft zu hören, daß jeder Arzt die Suggestion bewußt oder unbewußt verwendet, und merkwürdigerweise ziehen manche Autoren aus dieser zu einem Gemeinplatz gewordenen Behauptung den Schluß, die medizinische Wissenschaft habe auf dem Gebiet der Psychotherapie nichts Neues mehr zu lernen. Dieses Argument, das offenbar auf einer Identifizierung der Suggestion mit der Psychotherapie überhaupt beruht, ist nicht sinnreicher, als hätte man im Jahre 1890 gemeint, die Ärzte könnten von der neuen bakteriologischen Wissenschaft nichts mehr lernen, da die Ansteckungsgefahr bei den Blattern ohnehin schon lange eine bekannte Tatsache sei.

Hypnose. — Wir können unsere Betrachtungen am besten bei der Hypnose beginnen, da sie die auffälligste Form der suggestiven Behandlung vorstellt, der persönliche Einfluß des Arztes bei ihr die größte Rolle spielt und auch die ärztliche Erforschung der Psychotherapie an ihrem Studium ihren Anfang genommen hat. Braid, der wahrscheinlich mehr als jeder andere Autor zu unserer Kenntnis dieses Zustandes beigetragen hat, prägte im Jahre 1843 den Terminus »Hypnose«, der seitdem alle früheren Bezeichnungen, wie »tierischer Magnetismus« und »Mesmerismus«, längst verdrängt hat.

Verschiedene vergebliche Versuche haben gezeigt, wie außerordentlich schwer es ist, eine genaue Definition von dem eigentlichen Wesen des hypnotischen Zustandes zu geben. Diese Schwierigkeit hat zwei Ursachen: erstens treten die einzelnen Manifestationen mit einer solchen Unregelmäßigkeit auf, daß es nicht möglich ist, irgend eine konstante Gruppe als wesentliche Erscheinung herauszugreifen, zweitens aber gibt es von dem tiefsten hypnotischen Zustand bis zum normalen Wachleben alle Arten von Abstufungen, die fast unmerklich ineinander übergehen. Durch diese und andere Umstände sind Autoren, wie besonders Babinski, dazu gelangt, die objektive Realität des hypnotischen Zustandes als eines besonderen Seelenzustandes überhaupt zu leugnen, eine Folgerung, der sich aber nur wenige anschließen werden, die mit den Tatsachen bekannt sind.

Es ist in vielen Fällen sicher nicht leicht zu beantworten, ob und in welchem Augenblick eine bestimmte Person als hypnotisiert zu bezeichnen ist. Immerhin kann man, wenn sich eine Anzahl der charakteristischesten Erscheinungen feststellen lassen, sagen, daß sich diese Person in einer von dem normalen Bewußtseinszustand abweichenden Verfassung befindet: so z. B. wenn sie über vergessene Erinnerungen in einer Weise verfügt, die in dem gewöhnlichen Wachzustand nicht zu erreichen wäre, wenn ihre Glieder sich in einem Zustand von kataleptischer Starre befinden und ihre Empfindlichkeit für Hautreize aufgehoben ist, und wenn sie auf suggestive Einflüsse von außen her in einer ihrem normalen Verhalten völlig fremden Art reagiert. Gewöhnlich wird dieses Stadium von tiefem »Somnambulismus« von einer Amnesie gefolgt, die sich auf alle Vorfälle während der Séance erstreckt und das Auftreten der als post-hypnotischen Suggestion bekannten Erscheinung ermöglicht. Wir brauchen die hypnotischen Phänomene hier nicht im Detail zu beschreiben und wollen nur auf

die folgenden für die Therapie wichtigen Punkte besonders hinweisen: 1. Auf die erhöhte Suggestibilität, die vielleicht das bekannteste Merkmal des Zustandes ist. 2. Auf die häufig auftretende Erweiterung des Erinnerungsvermögens. 3. Auf die Tatsache, daß verbale Suggestionen nicht nur psychische Wirkungen haben und nicht nur willkürliche körperliche Vorgänge ‹Bewegungen der Glieder etc.› beeinflussen, sondern auch absolut unwillkürliche körperliche Vorgänge, z. B. Veränderungen in der Sekretionstätigkeit der Nieren, der Milch-, Speichel- und Tränendrüsen, bei den peristaltischen Bewegungen der Gedärme, bei verschiedenen Prozessen an der Haut und den Vasomotoren und sogar bei der Menstruation. 4. Auf die besondere Beziehung ‹Rapport›, die sich zwischen Arzt und Patient herstellt und als das konstanteste Merkmal mehr oder minder deutlich in allen Fällen zu beobachten ist. Wenn sie ihren Höhepunkt erreicht hat, dann beherrscht der Gedanke an den Arzt das Vorstellungsvermögen des Patienten so ausschließlich, daß er nur durch ihn in Kontakt mit der Außenwelt steht; für jeden, auch einen schmerzhaften Reiz aus anderer Quelle, bleibt der Patient unzugänglich.

Methode. — An den zahlreichen Methoden, die verwendet werden, um den Patienten in den hypnotischen Zustand zu versetzen, fallen uns gewisse gemeinsame Züge auf. Früher gebrauchte man verschiedene physikalische Mittel und Apparate, von dem Kübel Mesmers bis zu dem Drehspiegel von Luy, und auch heute noch lassen manche Hypnotiseure ihre Patienten auf das Ticken eines Metronoms horchen oder einen glänzenden Gegenstand anstarren. Man ist sich aber klar darüber, daß keines dieser Mittel unentbehrlich ist, und es ist zweifelhaft, ob sie jemals zu viel anderem gut waren, als den Arzt in seiner Zuversichtlichkeit zu bestärken. Gewisse Vorbedingungen sind erwünscht und notwendig. So ist z. B. die anfängliche psychische Einstellung des Patienten nicht gleichgültig. Der Arzt muß sich aus allen Kräften bemühen, dem Patienten Vertrauen und womöglich Glauben an das Gelingen des Experimentes einzuflößen, ihn in einen Zustand von seelischer Ruhe zu versetzen und jede etwa vorhandene Furcht oder ängstliche Erwartung zu beschwichtigen. Dazu wird es gut sein, wenn er der Anwendung seines Verfahrens eine kurze, möglichst verständliche und in beruhigendem Tone gehaltene Erklärung vorausschickt. Alles, was den Patienten in ruhige Stimmung versetzt, wirkt förderlich, z. B. ein Zimmer ohne

störende Geräusche, Vermeidung von blendendem Licht und vollkommenes körperliches Wohlbehagen. Manche Autoritäten verwenden sensorische Reize, die monoton und ermüdend wirken. Die monotone Wirkung läßt sich durch rhythmisches Streicheln der Hand oder Stirne oder durch das Ticken eines Metronoms erzeugen, die sensorische Ermüdung entsteht dadurch, daß man den Patienten irgend einen — am liebsten glänzenden — Gegenstand fixieren läßt, den man am besten über seiner Augenhöhe anbringt. Alle diese Maßnahmen sind aber nur untergeordnete Hilfsmittel. Das Hauptbestreben des Arztes geht dahin, den Patienten zur physischen und psychischen Entspannung zu bringen, was er gewöhnlich durch direkte Suggestion in Form eines Befehles, eines Winkes oder einer Ankündigung erreicht. Der Patient soll auf jedes aktive Denken verzichten und jede Denkanstrengung, wie z. B. das Verfolgen einer bestimmten Gedankenreihe, vermeiden; die Bemühung wird manchmal durch die Konzentration auf eine bestimmte einfache Idee unterstützt, wenn es sich dabei um eine bequeme, müßige, keine aktive Konzentration handelt. Der Patient muß sich ganz einer friedlichen Passivität und Zerstreutheit, einer vollkommenen Entspannung von jeder Anstrengung, einem dolce far niente hingeben. Bei widerspenstigen oder ungläubigen Patienten kann man eine Anzahl besonderer Mittel in Anwendung bringen. Ein einfaches, zuerst von Levy-Suhl empfohlenes, macht sich die physiologische Erscheinung des Farbenkontrastes zunutze: ein Streifen lichtgraues Papier wird auf ein hellgrünes oder blaues Glas mit weißem Hintergrund geklebt; die Prophezeiung des Hypnotiseurs, daß der Streifen sich in kurzer Zeit von innen nach außen verfärben wird, geht — natürlich außer bei gewissen Farbenblinden — mit Sicherheit in wenigen Sekunden in Erfüllung.

Wenn sich der gewünschte Zustand bei dem Patienten hergestellt hat, geht der Arzt daran, die spezifischen, auf die Symptome bezüglichen Suggestionen auszusprechen, was in Form eines direkten Befehls, eines sanften Zuredens, einer persönlichen Bitte usw. je nach dem Typus des Patienten und der Gewohnheit des Arztes geschehen kann. Die Suggestion kann sich direkt auf die einzelnen Symptome beziehen oder ihr Ziel auf Umwegen zu erreichen versuchen; auch das muß sich nach den kritischen Neigungen des Patienten und der Art des Symptoms richten. Jedenfalls ist es gut, die Suggestionen immer wieder, am besten jedesmal mit anderen Worten zu wiederholen. Das Wesen der Behandlung liegt darin, daß die Kraft der Suggestion sich der Kraft, die das Symptom

produziert, entgegenstellt, über die Natur dieser Kräfte werden wir weiter unten Aufklärung erhalten.

Therapeutische Erfolge. — Die therapeutischen Erfolge der hypnotischen Suggestion stellen sicher in vielen Fällen den Patienten und seine Angehörigen sehr zufrieden und ihre Leistungsfähigkeit ist ohne Frage von Ärzten, die mit den Tatsachen nicht vertraut sind oder die Methode nicht anzuwenden verstehen, stark unterschätzt worden. Bei Hysteriefällen leistet sie mehr als bei allen anderen neurotischen Zuständen. Die Heilung eines Patienten mit einer jahrelangen hysterischen Lähmung, der nach einer einzigen hypnotischen Sitzung seine Glieder wieder gebrauchen kann, ist ein Erlebnis, das man sich schwerlich auf einem anderen medizinischen Gebiet verschaffen kann und das einem Schilderungen aus Orten wie Lourdes verständlich macht. Diese sensationellen Leistungen zeigen aber die hypnotische Behandlung nur von einer Seite, sie hat noch andere, viel weniger befriedigende. Wir wissen, daß eine Reihe von Einwendungen gegen die Methode erhoben wurde und die Ärzteschaft sie aus diesen und anderen Gründen nicht allgemein akzeptiert hat, so daß in allen Ländern nur ein sehr geringer Prozentsatz von Ärzten sich ihrer bedient. Viele der Einwendungen kann man nach einer eingehenderen Prüfung des Tatbestandes als unberechtigt abweisen, trotzdem beruht die Voreingenommenheit gegen die Methode nicht, wie manche behaupten, ausschließlich auf einem sinnlosen Konservativismus — wir dürfen nicht vergessen, daß sie sich durch mehr als hundert Jahre um Anerkennung in der medizinischen Wissenschaft bemüht hat — sondern ist besser begründet, als man nach den recht oberflächlichen Argumenten ihrer Vertreter hätte schließen sollen. Eine eingehendere Erörterung dieses Themas wollen wir aber bis zur Besprechung der Suggestion im allgemeinen, in deren Zusammenhang es eingereiht werden muß, aufschieben.

Wir dürfen nicht übersehen, daß die Herbeiführung des hypnotischen Zustandes — wie auch aller seiner Abarten — noch anderen therapeutischen Zwecken außer der Erteilung von mündlichen Suggestionen dienen kann. Vor allem kann man sagen, daß schon die bloße Versetzung des Patienten in hypnotischen Schlaf in vielen Fällen eine günstige therapeutische Wirkung ausübt. Es wird nicht nur das allgemeine Wohlbefinden des Patienten gesteigert — allerdings ein gewöhnlich rasch vorübergehender Erfolg — sondern es können auch dadurch verschiedene Symptome von

selbst verschwinden. Sicher kommt dieser Erfolg manchmal dadurch zustande, daß der Arzt unbewußt bestimmte Suggestionen ausübt und Erwartungen erweckt; wir haben aber allen Grund anzunehmen, daß die Besserung auch unabhängig von diesem Einfluß eintreten kann, was sich besonders deutlich bei Schlaflosigkeit beobachten läßt. Ferner kann man die Hypnose auch ausschließlich zu dem Zwecke anwenden, um vergessene Erinnerungen, die dem Patienten im Wachzustande nicht zu Gebote stehen und deren Bewußtwerden erwünscht ist, ins Gedächtnis zurückzurufen. Über die Bedeutung dieser Vorgänge werden wir im Zusammenhang mit den Neuerziehungsmethoden noch Näheres hören.

Wir haben bereits weiter oben bemerkt, daß zwischen dem hypnotischen Zustand und dem Wachzustand nur Gradunterschiede bestehen und daß man zwischen diesen beiden Zuständen eine Reihe undeutlich voneinander geschiedener Zwischenstufen beobachten kann. Eine endgültige und zahlenmäßige Abgrenzung dieser Stadien voneinander kann nur von künstlichen und konventionellen Gesichtspunkten aus getroffen werden, was wir auch aus der Uneinigkeit der verschiedenen Autoren über diesen Punkt ersehen; so kennen Delboeuf, Gurney und Dessoir zwei Zwischenstadien, die aber bei jedem verschieden sind, Forel und Charcot drei, ebenfalls verschiedene, Liébault sechs und Bernheim neun. Solche Einteilungen mögen zur Erläuterung eines bestimmten Punktes zweckmäßig sein, besitzen aber offenbar keine allgemeine Gültigkeit. Alle diese Stadien oder Abarten des hypnotischen Zustandes treten auch spontan bei der Hysterie wie vielleicht auch bei anderen Krankheiten auf.

Wir wollen ein Beispiel für eine solche Abart des hypnotischen Zustandes herausheben, um einige auch für andere Arten gültige Bemerkungen daran zu knüpfen. Im Jahre 1893 prägten Breuer und Freud[1] den Ausdruck »hypnoide Zustände« zur Bezeichnung gewisser bedeutsamer hysterischer Erscheinungen und wiesen gleichzeitig auf die Ähnlichkeit dieser Zustände mit leichteren Graden von Hypnose hin. Binswanger[2] verglich die hypnoiden Zustände mit der von Forel ⟨1891⟩ Hypotaxie genannten Abart; ebenso auffällig ist ihre Ähnlichkeit mit den sub-hypnotischen Zuständen, der Kataplexie ⟨Preyer, 1878⟩, dem Etat de fascination ⟨Brémaud, 1884⟩, der Léthargie

[1] Breuer und Freud, Studien über Hysterie, 1895, S. 9.

[2] Binswanger, »Die Hysterie«, 1904, S. 316.

lucide (De la Tourette, 1889) und besonders mit dem von vielen älteren Magnetiseuren beschriebenen Etat de charme. Verschiedene dieser Abarten sind als eine eigene Art psychischer Zustände mit besonderen therapeutischen Möglichkeiten dargestellt und als solche ausgenützt worden. Sidis[1] beschrieb vor einigen Jahren scheinbar unabhängig unter dem Namen »Hypnoidisation« eine Methode zur Herbeiführung des hypnoiden Zustandes. Sie besteht in der Herstellung eines »Zustandes von Zerstreutheit, von seelischer Ruhe und Entspannung«, also aus den Elementen, die wir oben als unentbehrlich für jede Hypnose bezeichnet haben; ebenso sind die Details der Methode jedem Hypnotiseur vertraut. Wie andere Autoren legt auch Sidis dem «hypnoidalen Zustand» (d. h. ein hypnoider Zustand, der nicht wie der von Breuer und Freud beschriebene durch die Hysterie, sondern wie die von den anderen Autoren beschriebenen Zustände auf künstlichem Wege erzeugt wird) große theoretische Bedeutung bei und behauptet auch, daß er für die Therapie besonderes leisten kann. Wir können uns eine Zurückweisung dieser übertriebenen Behauptungen ersparen, wenn sich auch einige mit dem Gegenstand weniger vertraute Ärzte durch sie irreführen ließen. Wir wollen nur betonen, daß keine dieser Abarten des hypnotischen Zustandes berechtigte Ansprüche auf eine besondere Eigenheit erheben kann, daß keiner der Punkte, in denen sich die einzelnen Abarten voneinander unterscheiden, eine allgemeine Bedeutung hat, und daß keine von ihnen in theoretischer oder therapeutischer Hinsicht Eigenschaften aufweist, die sich nicht in der typischen Hypnose oder im Wachzustand nachweisen ließen.

Suggestion im Wachzustand. — Wir gehen zu einer Besprechung der Suggestion im Wachzustand über, einer Heilmethode, die weitere Anerkennung und Verbreitung gefunden hat als die hypnotische Suggestion. Bald nachdem man an die wissenschaftliche Erforschung der hypnotischen Erscheinungen gegangen war, machte man die Entdeckung, daß alle diese Phänomene sich in gewissen Fällen und besonders bei hysterischen Personen auch im Wachzustand hervorrufen lassen, und daß, was besonders für die Praxis von Wichtigkeit war, auch bei Patienten in diesem Zustand die gleichen therapeutischen Resultate erzielt werden konnten. Es scheint, daß für die therapeutische Suggestion das

[1] Sidis, »The Psychology of Suggestion», 1898, p. 224, und «Psychopathological Researches«, 1902.

Vorhandensein der schlafähnlichen Erscheinungen, die für die Hypnose charakteristisch sind, gleichgültig oder jedenfalls unwichtig ist. Man weiß, daß die meisten dieser Erscheinungen, wenn nicht alle, auf die entsprechenden Suggestionen zurückgehen, die allgemein bei Versetzung des Patienten in den hypnotischen Zustand erteilt werden. So weist z. B. Dessoir nach, daß der Augenschluß bei der Hypnose durch diesen Einfluß bedingt wird und daß, bei Vermeidung von Suggestionen, die sich auf die Augen beziehen, der Patient die Augen auch in tiefster Hypnose offen behalten kann; ich habe, wie wahrscheinlich andere Beobachter desgleichen, diese Behauptung wiederholt bestätigt gefunden. Der Umstand, daß so viele der Erscheinungen, die man für charakteristische Merkmale der Hypnose hielt, nicht dem hypnotischen Zustande zugehören, sondern das Ergebnis von verbalen Suggestionen sind, macht es noch schwieriger, zwischen der hypnotischen und anderen Arten von Suggestion zu unterscheiden.

Der Arzt, der die einfache Suggestion im Wachzustande anwenden will, braucht sich nur zu versichern, daß der Patient sich körperlich und geistig in ruhiger Verfassung befindet und die normale aktive Denktätigkeit, das Verfolgen von bestimmten Gedankengängen, gegen einen Zustand von Zerstreutheit vertauscht hat, um die entsprechenden auf die Symptome bezüglichen Suggestionen in derselben Weise wie in der Hypnose auszusprechen. Der praktische Unterschied besteht vor allem in dem Wegfall der einleitenden Suggestionen, deren Aufgabe die Erzeugung des hypnotischen Zustandes ist. In beiden Fällen ist es unumgänglich notwendig, daß der Patient von dem Selbstvertrauen des Arztes und seinem unzweifelhaften Glauben an die Wirksamkeit seiner Aussprüche überzeugt ist.

Es ist nicht leicht, die therapeutischen Resultate, die sich mit der Suggestion im Wachzustande und in der Hypnose erzielen lassen, gegeneinander abzuwägen, ein Fall, der immer wieder eintritt, wenn es sich um zwei verschiedene Heilmethoden handelt. A priori sollte man erwarten, da der hypnotische Zustand sich vor allem durch erhöhte Suggestibilität auszeichnet, müsse die Empfänglichkeit des Patienten für therapeutische Suggestionen und infolgedessen auch der Heilerfolg in diesem Zustand sehr viel größer sein. Die vergleichende Erfahrung scheint das aber nicht zu bestätigen, oder wenigstens nicht in dem erwarteten Ausmaß; die Erklärung dafür liefert wahrscheinlich der oben erwähnte Umstand, nämlich, daß die schlafähnlichen Äußerungen der Hypnose

nebensächlich und keineswegs wesentlich sind. Die Mehrzahl der Ärzte, denen der Gebrauch beider Methoden geläufig ist, vertritt nicht die Ansicht, daß die hypnotische Suggestion in der genannten Hinsicht viel vor der Suggestion im Wachzustand voraus hat, und meine eigene Erfahrung steht damit in vollem Einklang. Diejenigen Forscher, denen die Suggestionsmethode überhaupt ihre wissenschaftliche Grundlage verdankt, nämlich die Schule von Nancy mit Liébault und Bernheim an der Spitze, hat diese Behauptung durch viele Jahre hindurch vertreten. Forel, ein eifriger Anhänger der Hypnose geht so weit, weder vom theoretischen noch vom praktischen Standpunkt aus irgend einen Unterschied zwischen der Suggestion im Wachzustand und in der Hypnose anzuerkennen.

Es ist ferner bemerkenswert, daß eine Anzahl von Autoritäten auf diesem Gebiet, die sich früher der Hypnose bedienten, wie Milne Bramwell, Van Renterghem und andere, ihren Gebrauch zugunsten der einfachen Suggestion aufgegeben haben, das heißt, daß sie die therapeutischen Suggestionen zu Beginn der Sitzung erteilen, ohne die Wirkung von Suggestionen, die den Patienten in Hypnose versetzen sollen, abzuwarten oder sogar ohne solche Suggestionen überhaupt zu erteilen. Die zahlreichen Berichte über die erzielten Erfolge gestatten die gesicherte Folgerung, daß der hypnotische Zustand zur Erzielung von guten therapeutischen Resultaten keineswegs unentbehrlich ist.

Suggestion im Schlafzustand. Wir haben schließlich noch eine Art der suggestiven Beeinflussung, die Suggestion während des Schlafes, zu erwähnen. Einige Forscher, und besonders Wetterstrand, haben nachgewiesen, daß die Möglichkeit besteht, sich mit einem schlafenden Patienten in Rapport zu setzen und ihn so, mit Übergehung des Wachzustandes, von dem Schlafzustand direkt in die Hypnose überzuführen. Wenn der Rapport einmal hergestellt ist, so lassen sich auch ohne eigentliche Hypnose suggestive Wirkungen ausüben. Zur therapeutischen Suggestion während des Schlafes hat man meistens bei Patienten gegriffen, die jeder Art von Behandlung gegenüber unzugänglich bleiben, wie z. B. Alkoholiker, die dabei erzielten Wirkungen waren aber nie sehr zufriedenstellend, während die Nachteile für die Praxis bei dieser Methode auf der Hand liegen. Ebenso hat man sie nicht voll verantwortungsfähigen Patienten gegenüber angewendet, die sich gegen die Konsultation eines Arztes sträuben, man muß sich aber in solchen Fällen in acht nehmen, die von der ärztlichen Ethik gebotenen Grenzen

nicht zu überschreiten, ich selber konnte in keinem Falle die Überzeugung von der Berechtigung einer solchen Behandlung gewinnen, Kindern gegenüber aber, die wegen ihrer übergroßen Schüchternheit für das gewöhnliche Suggestionsverfahren ungeeignet sind, erweist sie sich als sehr brauchbar und ich konnte in solchen Fällen günstige therapeutische Wirkungen beobachten.

Wir haben uns bis jetzt ausschließlich mit den Methoden beschäftigt, in denen die Suggestion eingestandenermaßen die Hauptrolle spielt und das Ziel der Behandlung in der Erteilung der therapeutischen Suggestionen besteht. Nun ist es aber seit langem bekannt und durch die Untersuchungen der letzten Zeit voll bestätigt worden, daß die Suggestion im Sinne der persönlichen Beeinflussung durch den Arzt eine außerordentlich bedeutsame Rolle selbst dann spielt, wenn der Arzt nicht die Erteilung von Suggestionen beabsichtigt, ja selbst dann, wenn er sich ihrer enthalten will. Bei manchen Arten von Behandlung ist die durch Suggestion erzielte Wirkung so unvergleichlich größer als jede anders begründete, daß es uns zweckmäßig scheint, diese Behandlungsmethoden in den gegenwärtigen Zusammenhang einzufügen.

Die Überredung. Ein typisches Beispiel für ein solches Verfahren ist die Anwendung der sogenannten Überredung. Babinski macht einen Versuch, die verbalen Suggestionen in zwei Gruppen zu teilen, nämlich in unvernünftige und eventuell schädliche und in vernunftgemäße und wohltätige. Er bezeichnet die ersterwähnte als «Suggestion«, die letztere als »Überredung«, den Zustand, in dem man mittels Suggestion Symptome erzeugen und zum Verschwinden bringen kann, nennt er »Pithiatismus«. Ein psychologischer Unterschied zwischen diesen beiden Vorgängen besteht aber nicht, es hängt offenbar von der Konvention oder von äußerlichen und für unsere Frage gleichgültigen Umständen ab, ob man eine bestimmte Suggestion als vernünftig oder nicht bezeichnen will[1]. Immerhin erkennen wir in dem Versuch, ein mehr »rationales« Verfahren einzuschlagen, den Keim eines neuen Prinzips, welches von den Voraussetzungen der oben beschriebenen einfachen Suggestionsmethode deutlich abweicht. Die Änderung besteht vor allem in dem größeren Wert, der auf die aktive Mitwirkung des Patienten an der

[1] Eine ausführliche Auseinandersetzung dieses Themas findet sich bei Mohr, Die Beziehungen zwischen Überredung und Suggestion, auf den wir die Leser verweisen.

Umgestaltung seiner psychischen Verfassung gelegt wird, so daß sein Verhalten der Behandlung gegenüber nicht mehr wie bei der reinen Suggestion ausschließlich eine automatische Reaktion auf die Bemühungen des Arztes vorstellt. Wir erkennen hier, mit anderen Worten, den Beginn eines Bestrebens, das wir oben zur Grundlage für die Klassifikation der therapeutischen Methoden genommen haben. Der Arzt versucht, »an die Vernunft des Patienten zu appellieren« und den als Überlegung bekannten psychischen Vorgang zur Mithilfe heranzuziehen.

Diese Behandlungsart ist besonders von Dubois entwickelt und erläutert worden und durch sein unermüdliches Eintreten für sie und den Erfolg, den er persönlich mit ihrer Anwendung hatte, hat sich der Terminus »rationelle Psychotherapie« innig mit seinem Namen verknüpft. Die Behandlung mittels Überredung beruht auf der Überzeugung, daß es in der Macht des Patienten liegt, die pathogenen psychischen Vorgänge in seinem Innern wohltätig zu beeinflussen, wenn ein Arzt seinen Bemühungen erklärend und leitend zur Seite steht. Wir werden weiter unten sehen, daß dieser Grundsatz von außerordentlicher Wichtigkeit ist, es folgt daraus aber noch nicht, daß jedes Behandlungssystem, das ihn in sich schließt, auch imstande ist, ihn zu verwerten, und dieses Mißlingen wird im Falle der Überredungsmethode besonders augenfällig.

Die Verwertung dieses Grundsatzes setzt offenbar sowohl eine Kenntnis von dem eigentlichen Wesen der pathogenen Vorgänge, deren Abänderung wir beabsichtigen, voraus, wie auch Verständnis für die Umstände ihrer Entstehung und die Bedingungen, unter denen sie pathogen wirken, ohne ein solches Wissen und Verständnis tappt man bei der Arbeit im Dunkeln. Die Überredungsmethode aber, wie sie von allen ihren Vertretern dargestellt wird, befriedigt diese Voraussetzungen nicht im entferntesten. Die betreffenden Symptome werden nach ihrem scheinbaren Wert, als ob sie die pathogenen Vorgänge selbst wären, beurteilt, und die Nachforschungen nach ihrer pathologischen Bedeutung und ihrem Ursprung sind, wenn sie überhaupt angestellt werden, durchaus unzulänglich. In vielen Fällen bestehen die »Erklärungen«, die der Patient erhält, einfach nur aus einer Folge von abgedroschenen Wahrheiten und banalen Gemeinplätzen, so z. B., wenn ein an Platzangst ‹Agoraphobie› leidender Patient damit beruhigt wird, daß einem nichts geschehe, wenn man einen Platz überquert und er sich wirklich nicht davor zu

fürchten brauche. Es ist verständlich, daß ein Arzt, der das Problem derart oberflächlich auffaßt, ebenso wie Dubois dazu gelangen muß, in den neurotischen Symptomen den Ausdruck von kläglicher intellektueller Schwäche und Mangel an logischer Denkfähigkeit zu sehen, eine Ansicht, der jede vorurteilslose Beobachtung solcher Patienten absolut widerspricht.

Die Überredungsmethode leidet vor allem an zwei Mängeln. In erster Linie wird die therapeutische Wirksamkeit von Denkprozessen übertrieben hoch veranschlagt und die viel wichtigeren affektiven Vorgänge vernachlässigt. Déjerine, der sich später als Dubois mit den Problemen der Überredung beschäftigte, hat das erkannt und einen wenig erfolgreichen Versuch gemacht, das rationale Element der Behandlung mit der Beachtung der vorhandenen affektiven Faktoren zu vereinigen. Das Problem ist seinem Wesen nach kein intellektuelles oder logisches, sondern ein Problem des Gefühlslebens, und der Wirksamkeit der Vernunft und der kühlen Logik sind dabei bestimmte Grenzen gezogen. Die Überschätzung des Intellekts beruht auf der naiven Auffassung, daß neurotische Erscheinungen die Folge von Unwissenheit, Gedankenlosigkeit und Mangel an natürlicher Einsicht sind, und daß der Patient nicht unter ihnen leiden würde, wenn man ihn eines Besseren belehren könnte. So beschränkt die Behandlung ihr Ziel auf die Richtigstellung von Denkfehlern bei dem Patienten durch die Erteilung von verschiedenen Belehrungen. Der zweite Fehler der Methode liegt in der Annahme, daß die abnormen seelischen Prozesse, die der Abänderung bedürfen, bewußte Vorgänge sind, einem sehr bedeutsamen Mißverständnis, denn, wenn auch die tatsächlichen Symptome bewußte Erscheinungen sein müssen, so stellen sie doch nur die an der Oberfläche sichtbaren Äußerungen tiefliegender, psychopathologischer Vorgänge vor, über die sich der Patient in vollkommener Unkenntnis befindet. Solange man die Natur dieser primären Störungen nicht kennt, ist man natürlich unfähig, sie in der einen oder anderen Weise zu beeinflussen, und alles, was eine oberflächlich gerichtete Methode zustande bringt, ist eine zeitweise Verschiebung und Veränderung der äußerlichen Manifestationen.

Wir können kaum daran zweifeln, daß bei jedem günstigen Resultat, das mittels der »Überredung« erzielt wird, der Hauptanteil auf Rechnung der suggestiven Beeinflussung durch den Arzt zu setzen ist, so daß wir berechtigt sind, die Methode als eine Abart der eben behandelten Gruppe

zu betrachten. Das Auftauchen der Methode aber und das Interesse, das sie erweckt hat, sind Umstände von allgemeiner Bedeutung als Anzeichen einer Unzufriedenheit mit der als blind und einsichtslos empfundenen Suggestionsmethode und eines Verlangens, die Psychotherapie auf eine mehr rationale Basis zu stellen. Und wenn sich dieses Bestreben auch in den Händen derer, die sich auf die einfacheren Überredungsmethoden beschränkten, unfruchtbar gezeigt hat, so werden wir doch weiter unten sehen, daß ihm der Antrieb zu einem eingehenderen Studium der einschlägigen Probleme zu danken ist, das dann zur Entstehung von Behandlungsarten geführt hat, die sich gründlicher mit den pathogenen Prozessen beschäftigen.

Die Erziehung der Willenskraft. — Wir wollen noch eine andere, besonders von Lévy entwickelte Methode erwähnen, die Elemente aus den beiden letzterwähnten in sich aufgenommen hat. In ihr wird der Versuch gemacht, den Patienten darüber aufzuklären, daß seine Symptome nicht da sein müßten, daß sie auf Denkfehlern und mangelnder Selbstbeherrschung beruhen und durch Aufwendung größerer »Willenskraft« zu überwinden wären. Die Einstellung des Arztes erhält so einen deutlichen Anstrich von moralischer Mißbilligung, wie wir sie so häufig bei den Angehörigen des Kranken bemerken. Die Theorie, auf der sich die Methode aufbaut, enthält aber einen gewissen Kern von Wahrheit. Die Symptome werden tatsächlich von dem Willen des Patienten produziert und können durch ihn wieder beseitigt werden, wenn man unter dem Worte »Willen« die Gesamtheit der Wünsche und Strebungen versteht, die miteinander das bewußte und unbewußte Seelenleben ausmachen. Die Mängel der Methode liegen darin, daß sie die Natur des unbewußten pathogenen »Willens« (oder besser gesagt dieser Tendenzen) ignoriert und infolgedessen keine Einwirkung des bewußten »Willens« auf sie zustande bringt, daß sie ferner die absolute Unterdrückung der Symptome anstrebt, ohne die Kräfte, durch die sie geschaffen und aufrecht erhalten werden, in günstigere Bahnen zu leiten. Je eingehender die einleitende Untersuchung des Falles ist, desto mehr kann diese Art der Behandlung erreichen, sie sinkt aber in der Praxis häufig zu einem bloßen Predigen und Moralisieren herab, dessen Wirkung wiederum von dem Erfolg der gleichzeitigen suggestiven Beeinflussung abhängt.

Die »Ablenkung«. — An letzter Stelle wollen wir eine Methode anführen, die sich mehr als die vorhergehenden von der reinen

Suggestion unterscheidet und die man als »Ablenkung« bezeichnet. Sie ist vor allem von Putnam und seinen Assistenten Taylor und Waterman entwickelt und ausgearbeitet worden. Das Ziel der Methode besteht hauptsächlich darin, die Aufmerksamkeit des Patienten so weit als möglich von seinen Symptomen abzulenken und sein Interesse für gesunde Betätigungen zu fördern. Sie bildet so eine erweiterte Form der sogenannten »Arbeitskur«, wobei aber die psychischen Fähigkeiten des einzelnen Patienten eine eingehendere Beachtung finden, als gewöhnlich bei der »Arbeitskur« der Fall ist. Zahlreiche Institutionen, wie das Social Service Department des Massachusetts General Hospital in Boston, und Einrichtungen, die mit der kürzlich entstandenen Mental Hygiene-Bewegung in Amerika zusammenhängen, tragen viel dazu bei, die äußeren Gelegenheiten zur Entwicklung solcher Betätigungen zu schaffen.

Ebenso wie die früher erwähnten Methoden, wirkt auch diese keineswegs radikal, in bestimmten Fällen aber, bei denen das spontane Streben nach Genesung stark genug ist, kann sie befriedigende Resultate liefern. Sie wirkt nämlich in derselben Richtung wie diese spontanen Bestrebungen. Wenn bei einer Hysterie die Heilung ohne Behandlung zustande kommt, so geschieht dies dadurch, daß die Kräfte, die krankheitsbildend wirkten, in andere, gesündere Bahnen gelenkt worden sind. Wir heben besonders hervor, daß diese Erklärung präziser ist als die allgemein gebräuchliche, nach der diese Kräfte durch andere Tendenzen von normalerer Art ersetzt worden sind. In Wirklichkeit aber wird die pathogene Kraft abgelenkt und nicht ersetzt, es ist dieselbe Kraft, die ihre Wirksamkeit bald durch die Symptome, bald durch die gesunden Betätigungen äußert. So ist das Prinzip, auf dem diese Behandlungsmethode aufgebaut ist, ein vollkommen richtiges, die Unvollkommenheit der Methode liegt nur darin, daß bei so vielen Patienten die Tendenz der pathogenen Kräfte, in der alten Weise zu wirken, durch Faktoren bestimmt ist, mit denen die Behandlung sich nicht beschäftigt. Mit anderen Worten, es müssen, wenn der Patient Nutzen aus der Behandlung ziehen soll, die pathogenen Faktoren eine gewisse Beweglichkeit besitzen, eine Voraussetzung, die aber nur für eine relativ kleine Zahl von nur leichten Fällen zutrifft. Nur unter diesen Bedingungen lassen sich mit der Methode befriedigende Resultate erzielen, obwohl sie sich als Ergänzung zu radikaleren Behandlungen sehr brauchbar erweist. Das hat auch Putnam erkannt, der sich

jetzt einer der komplizierteren Methoden — der als Psychoanalyse bekannten — bedient[1] und die »Ablenkung« je nach den Bedürfnissen des Falles als Unterstützung verwendet. Der Grund für die Einreihung der Methode in den bestehenden Zusammenhang liegt in dem Umstand, daß das kritische Element der Heranziehung des Patienten zur Umwandlung der pathogenen Faktoren selbst durchaus nicht in den Vordergrund tritt und daß die wohltätige Wirkung größtenteils dadurch zustande kommt, daß das natürliche Bestreben, gesund zu werden, durch die Ermutigung und den persönlichen Einfluß des Arztes Förderung findet.

## Allgemeine Kritik der Suggestionsmethode.

Man muß jede Methode sowohl nach den empirischen Resultaten, die sich mit ihr erzielen lassen, beurteilen, wie auch nach ihrer Übereinstimmung mit den Voraussetzungen, die sich aus unserem Verständnis der Krankheit für ihre Behandlung ergeben. Von diesen beiden Kriterien hat offenbar das erste die größere Bedeutung, und wenn die Resultate großartiger sind als unsere Voraussetzungen uns vermuten ließen, so sind die letzteren wahrscheinlich unvollkommen gewesen. Das trifft aber für die Resultate der suggestiven Behandlung der Hysterie nicht zu. Wie wir oben erwähnt haben, sind die momentanen Erfolge manchmal überraschend gut und werden natürlich von den begeisterten Anhängern der Hypnose unter den Ärzten und Laien gebührend betont. In vielen Fällen ist überdies die wohltätige Wirkung der Behandlung eine dauernde. Trotzdem steht die Tatsache fest, daß eine große Zahl von Patienten, die man für geheilt hält, später rückfällig wird und wiederholt in Behandlung genommen werden muß. Das wäre natürlich kein entscheidendes Bedenken gegen die Anwendung der Methode, wenn uns keine besseren zur Verfügung stünden; da es aber solche gibt, müssen wir den Einwand ernsthaft prüfen, denn das Unbefriedigende an jeder Suggestionsmethode liegt gerade darin, daß die Möglichkeit eines Rückfalles in ihrem Wesen begründet und niemals auszuschließen ist. Sie besteht bei jeder Behandlungsart, die den wesentlichen Krankheitserreger nicht antastet, ein Vorwurf, der die Suggestionsmethode besonders trifft. Das Prinzip, welches wir in unserer Erörterung über die allgemeine Behandlung der Hysterie aufgestellt haben,

[1] Leider muß diese Angabe gegenwärtig in die Vergangenheit gesetzt werden, denn seitdem obige Sätze niedergeschrieben wurden, ist Putnam gestorben, zum größten Bedauern aller derer, die ihn gekannt haben.

nämlich daß es von der größten Bedeutung sei, alle Einzelheiten aus dem Seelenleben des Patienten, soweit sie für die Entstehung der Krankheit in Betracht kommen, sorgfältig zu erforschen, wird hier absolut vernachlässigt. Dies hat, abgesehen von den unerwünschten eventuellen Folgeerscheinungen, auf die wir oben in dem früheren Zusammenhang hingewiesen haben, zur Folge, daß der Arzt sich in voller Ungewißheit darüber befindet, was eigentlich zu jeder Zeit in dem Patienten vorgeht. Er kann nie sicher sein, ob ein bestimmter Fall zu den begünstigten gehören wird, bei denen die Heilung sich als dauerhaft erweist, er kann darauf hoffen, aber auch nicht die geringste Sicherheit dafür geben. Selbst wenn alle seine therapeutischen Bemühungen erfolgreich sind und der Patient hergestellt scheint, weiß er doch absolut nichts über die verschiedenen verborgenen und latenten Neigungen zur Erzeugung von Symptomen, die noch nicht in Erscheinung getreten sind, sich aber — wie es auch häufig der Fall ist — äußern können, sobald die manifesten Symptome beseitigt sind. Es liegt in der Natur der Dinge, daß er sich nur mit den Symptomen beschäftigen kann, die sichtbar sind oder es in der Vergangenheit waren, er kann nicht vorhersagen, was für eine Art Symptom die Neurose wahrscheinlich in der Zukunft hervorbringen wird, und darum nichts dazu tun, um ihm vorzubeugen oder es zu verhindern. Wenn wir also andere Behandlungsmethoden kennen, welche die tatsächlichen Krankheitserreger erforschen und berücksichtigen, die sich mit der Krankheit und nicht nur mit den vorhandenen Symptomen beschäftigen und imstande sind, die Rückkehr der alten Symptome wie auch die Erzeugung von neuen zu verhüten, dann müssen wir offenbar diesen Methoden vor der Suggestionsbehandlung den Vorzug geben.

Andererseits muß man zugeben, daß viele Einwendungen, die man gegen die Suggestionsmethoden und besonders gegen die Hypnose erhoben hat, einer zureichenden Begründung entbehren. So hört man z. B. oft den Vorwurf, daß die Behandlung manchmal ungebührlich lang dauert und einen unzweckmäßigen Aufwand von Zeit in Anspruch nimmt, es kann in sehr seltenen Fällen sogar hundert Sitzungen brauchen, bis eine Hypnose zustande kommt. Die individuelle Beurteilung dieser Frage wird sich natürlich nach den Auffassungen über den Ernst und die Bedeutung des neurotischen Leidens richten, wie auch nach den Ansichten über die Prognose, die man solchen Fällen stellen kann, und über die Leichtigkeit oder Schwierigkeiten der Behandlung. Es gibt Fälle, auf deren Herstellung

in fünf Jahren jeder stolz sein könnte, und noch andere, bei denen auch dieser Zeitraum noch nicht für die Heilung ausreicht.

Man hört ferner äußern, daß bei Anwendung solcher Methoden der Patient leicht einem schlechten Einfluß ausgesetzt sein kann. Dieses Bedenken ist wohl ein Argument zugunsten des Gesetzes gegen die Ausübung von Psychotherapie durch Laien, den Ärzten gegenüber aber fällt es nicht schwerer ins Gewicht als ähnliche Befürchtungen des Mißbrauches in bezug auf Chloroform, starke Narkotika, schneidende Instrumente und andere Bestandteile des therapeutischen Rüstzeuges. Der Vorwurf, daß wiederholte Suggestionssitzungen den Patienten leicht in eine unerwünschte Abhängigkeit von dem Arzt versetzen, enthält mehr Wahres als alle anderen, die vorgebracht werden, und wenn wir keine Behandlungsarten kennen würden, die diesen Nachteil nicht aufweisen, müßten wir uns ernsthaft mit der Frage beschäftigen, inwieweit die Vorteile, welche die Methode bietet, durch ihn aufgewogen werden.

Wenn wir uns mit der Theorie der Suggestion in ihren Beziehungen zur Therapie beschäftigen, finden wir die oben abgeleiteten Folgerungen voll bestätigt. Ich kann mich hier nicht auf eine genügend eingehende Erörterung des Themas einlassen und verweise den Leser auf einen diesbezüglichen Aufsatz in meinen »Papers on Psycho-Analysis«. Immerhin muß ich an dieser Stelle einige unumgänglich notwendige Bemerkungen einflechten, die später bei der Besprechung verwandter Probleme in Zusammenhang mit komplizierteren Behandlungsarten ihre Ergänzung finden werden.

Bleuer, Lipps und andere haben nachgewiesen, daß die Wirkungen der »verbalen Suggestion«, d. h. die Einführung einer bestimmten Idee in den Geist des Patienten auf dem Wege des Suggestionsverfahrens im wesentlichen auf einem Gefühlsvorgang beruht (»affektive Suggestion«), dem Wachrufen eines affektiven Zustandes durch den persönlichen Einfluß des Arztes. Infolgedessen müssen wir die Merkmale dieses Zustandes und die Bedingungen, unter denen er hervorgebracht werden kann, kennen zu lernen suchen[1]. Das Wesen der affektiven Suggestion wird uns viel verständlicher, wenn wir sie nicht als ein

[1] Wir beschränken uns dabei ausschließlich auf den Begriff der therapeutischen Suggestion, der offenbar enger ist als die Auffassung der Suggestion im sozialen Sinne, mit der sich Le Bon und andere französische Autoren und Trotter und Hart in England beschäftigen.

besonderes seelisches Phänomen, das keinem anderen gleicht, betrachten, sondern einfach als eine besondere Abart allgemeinerer Tendenzen, die sich bei Hysterikern und in geringerem Maße auch bei Normalen vorfinden. Wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus an ihr Studium herangehen, finden wir, daß die affektive Suggestion, die Basis der therapeutischen Suggestion, einfach eine Äußerung eines allgemeineren Mechanismus vorstellt, den Freud »Übertragung« nennt, daß diese wieder eine besondere Abart der von Ferenczi neuerdings als »Introjektion« bezeichneten Erscheinung ist, und daß diese schließlich einen charakteristischen Ausdruck der »affektiven Verschiebung« darstellt, deren übermäßige Wirksamkeit ein so typisches Merkmal der Hysterie bildet.

Die durch diese Termini bezeichneten Begriffe sind dem Leser bereits aus unseren früheren Ausführungen ⟨S. 23—29⟩ bekannt, so daß ein kurzer Hinweis genügen wird, um sie in das Gedächtnis zurückzurufen. Es wurde dort nachgewiesen, daß die unangemessene Gefühlsreaktion der Hysteriker, wie z. B. der übertriebene Affekt, den sie bei scheinbar belanglosen Gelegenheiten äußern, darauf zurückgeht, daß sie eine Quantität Affekt von einer wichtigen Idee ⟨primäre Situation⟩ auf eine andere weniger wichtige ⟨sekundäre Situation⟩ »verschoben« haben, die in irgend einer Art der ersten ähnlich ist und so den Patienten ⟨unbewußt⟩ an sie erinnert, wir wählten oben das Beispiel des Kindes, das jeden ärztlichen Besuch fürchtet, nachdem ihm gelegentlich eines solchen Schmerz zugefügt wurde. Unter »Introjektion« versteht man die besonders bei der Hysterie auffällige Neigung des Patienten, die Umgebung in seine eigene Person einzubeziehen, »alles persönlich zu nehmen« und so den Umfang seines eigenen Ichs zu erweitern. So ein Patient wird, wenn er merkt, wie ein Sänger oder Vortragender stecken bleibt, selber qualvolle Verlegenheit empfinden, er identifiziert sich unbewußt mit der Person auf der Bühne, die dadurch in seiner Vorstellung zu einem Teil seines Ichs wird und fühlt mit ihr, als ob er es selber wäre. Wir haben hier eine Erklärung für einen großen Teil der bekannten Sensibilität der Neurotiker, besonders wenn es sich um die Leiden anderer handelt. Am interessantesten sind die introjektiven Erscheinungen, die sich wie in dem eben erwähnten Beispiel auf die Personen der Umgebung beziehen. Der Patient introjiziert alles, was sich auf sie bezieht, in sein eigenes Ich und überträgt auf sie verschiedene Affekte, wie Liebe, Haß usw., die, in ihm selbst entstanden, ihren Ursprung vielleicht lange zurückliegenden Verhältnissen zu ganz

anderen Personen verdanken, er wiederholt sein früheres Gefühlserlebnis angesichts eines neuen Menschen, der ihn irgendwie an den ursprünglich damit assoziierten erinnert und identifiziert auf diese Weise die beiden Personen in seiner Vorstellung.

Wir gebrauchen den Terminus »Übertragung« zur Bezeichnung dieses Vorganges, wenn er sich im Verhältnis zum Arzt abspielt. Die Tatsachen der Übertragung sind aus der direkten Beobachtung gewonnen und der Begriff derselben ist eine direkte Beschreibung dieser Tatsachen, keine Folgerung aus ihnen. Wir haben oben darauf hingewiesen, daß die Veränderlichkeit und Launenhaftigkeit, die der Patient in dieser Hinsicht zeigt, darauf zurückgeht, daß er den Arzt in seiner Vorstellung mit anderen Personen identifiziert, auf die sich die betreffenden noch unabgenützten Affekte beziehen, etwas an dem Benehmen oder der Erscheinung des Arztes erinnert den Patienten unbewußt an eine Person, die in seinem Gefühlsleben eine Rolle gespielt hat, und er reagiert ihm gegenüber, als ob der Arzt wirklich diese Person wäre. Wir wissen, daß auf diese Weise alle möglichen Affekte geäußert werden können, wie Furcht, Eifersucht, Zuneigung, Groll usw. Der Ausdruck »affektive Suggestion« aber bezieht sich auf das Vorhandensein eines Rapports zwischen Arzt und Patient, wenn nur positive Affekte übertragen werden wie Sympathie, Freundschaft, Zuneigung oder sogar Liebe. Die wesentliche Grundlage für das erfolgreiche Zustandekommen jeder therapeutischen Suggestion ist dieser Rapport zwischen den beiden in Betracht kommenden Personen, der durch die Übertragung verschiedener positiver Affekte von der einen Person auf die andere entsteht.

Die Art, auf die bei der Suggestionsbehandlung der Hysterie die Erfolge zustande kommen, wird uns erst dann verständlich, wenn wir erkennen, daß die verborgenen Ursachen der Krankheit mit verschiedenen Störungen derselben positiven Affektvorgänge zusammenhängen, die den Rapport herstellen, durch den die therapeutische Suggestion ermöglicht wird. Bei der Hysterie treten diese Affekte in Form von Symptomen in Erscheinung, an denen ihre Wirksamkeit zum Ausdruck kommt. In der Behandlung geben sie sozusagen diese Art der Manifestation auf und finden ihre Betätigung in der Beschäftigung mit der Person des Arztes und dem Gefühl der Anziehung, die er auf sie ausübt. Das erklärt uns die bekannte Erscheinung, daß Patienten, die in dieser Weise behandelt werden, in eine unerwünschte Abhängigkeit von ihrem Arzt

geraten. Einige bleiben auch nach Beendigung der Behandlung gesund, in der Mehrzahl aber erwacht später von neuem das Bedürfnis nach Wiederholung der Behandlung oder der Herstellung einer ähnlichen Situation, die einen solchen befriedigenden affektiven Rapport ermöglicht. Diese letzte Bemerkung erklärt, wieso viele Patienten sich jedesmal erholen, so oft ein mitfühlender Mensch sich eingehend für sie interessiert oder wenn sie sich unter glücklichen Umständen verlieben.

Diese Überlegungen geben uns auch Aufschluß darüber, warum die Suggestionsbehandlung in einigen Fällen um so viel mehr ausrichtet als in anderen und warum die Dauer ihrer wohltätigen Wirkungen eine so ungleich lange ist. Die rezenten, zeitweiligen oder veränderlichen Symptome, die am schnellsten »heilbaren«, sind gewöhnlich solche, in denen die aufgestauten positiven Affekte nur teilweise und ungenügende Verwendung finden, in den dauerhafteren und konstanten Symptomen, die bedeutend schwerer zum Verschwinden zu bringen sind, finden die Affekte eine ihnen angemessenere Befriedigung. Bei erfolgreicher Behandlung ist es mit Hilfe des Rapports, der sich bei der Suggestion einstellt, gelungen, die Affekte von der Richtung, die sie eingeschlagen hatten, abzulenken und an eine erwünschtere Vorstellung, nämlich die Person des Arztes, zu heften. Eine erfolglose Behandlung beweist, daß sich diese Vorstellung nicht stark genug erwiesen hat, um die positiven Affekte auf sich zu ziehen, d. h. der Patient findet den Arzt »unsympathisch« und zieht sich gewöhnlich bald darauf von der Behandlung zurück. Ein mäßiger oder nur vorübergehender Erfolg ist ein Zeichen dafür, daß die Vorstellung stark genug war, um für einige Zeit die Affekte aus ihrer Richtung abzulenken, wenn aber der Rapport nicht mehr durch den beständigen Verkehr und das gegenseitige Interesse der beiden Personen aufrecht erhalten wird, erweist sich die gegensätzliche Anziehungskraft der alten Bahnen als zu stark und der Patient fällt in seinen früheren Zustand zurück. Die Leser werden sich vielleicht darüber wundern, welche Bedeutung wir hier der Rolle beilegen, die die Person des Arztes für die Vorstellung des Patienten spielt, und ebenso über ihre enge Beziehung zu den oben erwähnten positiven Affekten. Man darf diesen Punkt nicht nur auf Grund der gewöhnlichen Beobachtung beurteilen, sondern auf Grund von Tatsachen, die von der eingehenden psychischen Durchforschung von Patienten geliefert werden, die mittels Suggestion behandelt worden sind. Wenn man so verfährt, dann bleibt kein Zweifel mehr an der hervorragenden

Bedeutung, die wir diesem Faktor beilegen müssen. Der Grund für diese Erscheinung liegt, wie Ferenczi nachgewiesen hat, darin, daß die auf den Arzt übertragenen Affekte sich bei ihrer Entstehung auf die wichtigsten Personen im Leben des Individuums bezogen, nämlich auf die Eltern; bei den Neurosen stehen diese Affekte mit den am tiefsten liegenden Ursachen der Erkrankung im Zusammenhang.

Das Wesen der Suggestion besteht also darin, daß ein neuer anspruchsvoller Faktor in die Situation eintritt und der Ausgang hängt von dem Kräfteverhältnis zwischen diesem neuen Faktor und der alten Tendenz zur Produktion von Symptomen ab. Ein dauernder Erfolg mittels einer solchen Behandlung bedeutet, daß es dem Patienten nach Ablenkung der Affekte aus ihren alten Bahnen gelungen ist, sie von der Person des Arztes abzulösen und auf andere, soziale oder persönliche Interessen zu konzentrieren, also das Ziel der »Ablenkungsmethode« zu erreichen. Daß ein solches Gelingen nicht häufiger vorkommt, liegt daran, daß solche allgemeinere Interessen dem Patienten gewöhnlich weniger anziehend erscheinen als die beiden anderen Wege zur Affektbefriedigung, nämlich in den Phantasien, die hinter den Symptomen verborgen sind und in der Vorstellung einer bestimmten Persönlichkeit; er wird deshalb eher zwischen den beiden letzteren hin und her schwanken, als sie für die erstgenannten einzutauschen.

Schlußfolgerungen. Wir können abschließend sagen, daß sowohl die praktischen wie auch die theoretischen Überlegungen uns zu dem gleichen Urteil hinleiten, daß nämlich der große Nachteil jeder Art von Behandlung mit Verwendung der Suggestion in der blinden Anwendung des Verfahrens liegt. Die Resultate kommen dadurch zustande, daß die Vorstellung von der Person des Arztes an Stelle der früheren Ausdrucksformen der pathogenen Affekte gesetzt wird; psychologisch bedeutet das einfach die Ersetzung eines Symptoms durch ein anderes, nämlich durch die abnorme Abhängigkeit von dem Arzt, da in beiden Fällen die Äußerung ‹neurotisches Symptom oder Abhängigkeit› das Symptom eines dissoziierten, mit aufgestauten Affekten besetzten Komplexes ist. In günstigen Fällen kann diese Verschiebung den Patienten instand setzen, seine krankhaften Tendenzen in gesündere Bahnen zu lenken, indem die Gedanken und Gefühle, die sich auf den Arzt beziehen, als eine Art Zwischenstation dienen zwischen der ursprünglichen Verwendung der Affekte in Symptomen und der erwünschten in sozialen

Betätigungen. Es ist aber unmöglich, vorauszusagen, welche Patienten dieses Ziel erreichen werden und welche nicht, da die ätiologischen Komplexe unangetastet und infolgedessen ungelöst bleiben. Die im Verborgenen arbeitenden Tendenzen sind nach der Behandlung die gleichen wie vorher, so daß in der Hauptsache der »Zufall«, — d. h. die Stärke dieser Tendenzen, zusammen mit äußeren Umständen — entscheidet, ob der Patient gesund bleibt oder nicht. Nur wenn man diese Tendenzen aus den dissoziierten Komplexen, von denen sie ausgehen, gelöst hat, kann man sie mit Sicherheit in nützliche Bahnen leiten; unterläßt man das, so braucht es nur eine Steigerung in der Unannehmlichkeit und Reizlosigkeit der Umgebung, um den Patienten zu veranlassen, die Affekte, die er nützlichen äußeren Interessen zuwenden konnte, von neuem zurückzuziehen, um sie neuerdings zur Produktion von neurotischen Symptomen zu verwenden. Andere Methoden hingegen, mit denen wir uns in Kürze beschäftigen werden, suchen eine Abänderung dieser verborgenen Tendenzen dadurch zu erreichen, daß sie sie dem direkten persönlichen Willen des Patienten unterstellen, daß sie die Energie freimachen, die durch bestimmte Faktoren an diese krankhaften Bahnen gebunden wurde, und daß sie dem Patienten die völlige Unabhängigkeit von dem Arzt wiedergeben und ihm die Verantwortung für sein eigenes Schicksal unmittelbar selbst übertragen.

Was nun das Gebiet für die Verwendung der Suggestionsmethode betrifft, so finde ich mit zunehmender Erfahrung seine Abgrenzung eine immer schwierigere Frage. Ich war anfänglich der Meinung, daß die Suggestion sich vorzüglich zur Verwendung bei frühen und leichten Fällen eigne und man gut daran tue, die gründlicheren und radikaleren Methoden für die schwierigen und ernsten Fälle zu reservieren; heute aber neige ich eher zu der entgegengesetzten Ansicht und meine, daß gerade die erstgenannten Fälle am meisten der radikalen Maßnahmen bedürfen, da man auf diese Weise einer Unzahl von schweren Erkrankungen vorbeugen könnte und auch der Gewinn bei leichten Fällen ein größerer ist; bei diesen kann man darauf rechnen, einem nützlichen Mitglied der Gemeinschaft seine volle Leistungsfähigkeit wiederzugeben, bei den schweren Fällen aber schätzt man sich glücklich, wenn man den Kranken aus dem ärgsten Elend rettet und kann oft nichts anderes als das erhoffen. Man erkennt immer deutlicher die Schwierigkeiten, welche sich der Behandlung von schweren Fällen entgegenstellen, die vermutlich

relativ leicht herzustellen gewesen wären, wenn man sie nur in einem früheren Stadium einer ernsthafteren Behandlung unterzogen hätte. Ich muß sagen, daß ich bei der Hysterie und noch mehr bei anderen Psychoneurosen selten einen Grund finde, der Suggestionsmethode vor radikaleren Methoden den Vorzug zu geben, und gewiß nicht, wenn ich die Sache von allen Seiten her betrachte. So wäre also die Anwendung dieser Methoden nur dann berechtigt, wenn es unmöglich ist, sich besserer zu bedienen, wie z. B. noch immer in der Spitalspraxis, wie es während des Krieges der Fall war oder beim Vorhandensein von Momenten, die gegen die Anwendung radikalerer Methoden sprechen, wie vorgeschrittenes Alter, Mangel an Intelligenz usw.

Wenn es auch eine kleine Abschweifung von unserem gegenwärtigen Thema bedeutet, so möchte ich doch des Interesses halber darauf hinweisen, daß die Nachteile, welche die Suggestionsbehandlung mit sich bringt, im Falle von organischen Krankheiten nicht oder nur in sehr geringem Maße in Betracht kommen, wir haben hier, meiner Meinung nach, das ergiebigste Feld für die künftige Anwendung der Methode. Ich führe zur Erläuterung drei Beispiele an. Es ist wahrscheinlich, daß alle Fälle von schwerer organischer Erkrankung im Laufe der Zeit durch das Hinzutreten neurotischer Faktoren kompliziert werden, so daß wenigstens ein Teil des Leidens auf psychischem Wege behoben werden kann. Bei einer chronischen, unheilbaren Erkrankung — das beste Beispiel ist Krebs — fällt das oben erwähnte Bedenken gegen die Anwendung der Suggestion, nämlich die als Folge auftretende Abhängigkeit vom Arzt, kaum ins Gewicht neben der Erleichterung, die eine solche Behandlung schaffen kann, und ohne Frage kann in einer Reihe von Fällen, in denen das neurotische Element eine große Rolle spielt, das Leben des Patienten viel erträglicher gestaltet werden, dasselbe gilt für chronische Herzkrankheiten und Tuberkulose in vorgeschrittenem Stadium. Der gleiche Einwand gegen die Suggestion wird auch bei verschiedenen akuten Zuständen hinfällig. Man hat sie seit Esdailes Zeiten immer wieder zum Anästhesieren verwendet und dadurch die Ausführung chirurgischer Operationen ermöglicht. Die Hindernisse, die sich in der Praxis in den Weg stellten, wie z. B. die Notwendigkeit einer langen vorhergehenden Behandlung zur Erzeugung einer genügend tiefen Anästhesie, haben es zu keiner weiteren Verbreitung dieser Verwendung der Suggestion kommen lassen, aber abgesehen davon gibt es noch zahlreiche weniger anspruchsvolle Anwendungen dieser Methode in Hinsicht auf die

Chirurgie. So z. B. die Ausübung eines vorbereitenden beruhigenden Einflusses vor der Vornahme einer allgemeinen Anästhesie, ein Verfahren, das oft sowohl für den Anästhesierungsprozeß wie auch für das spätere Wohlbefinden des Patienten eine erstaunlich günstige Wirkung hat, und ähnliche Anwendungen bei geringfügigeren chirurgischen Eingriffen, wie dem Verbinden von Verletzungen und Brandwunden, kleinen Operationen ohne allgemeine Anästhesie etc.; natürlich kommen in dieser Beziehung hauptsächlich neurotische Patienten in Betracht. Schließlich sind noch kurze lebensgefährliche Erkrankungen als Beispiel zu nennen, bei denen die psychische Einstellung des Patienten bei der Entscheidung der Krisis zugunsten der Genesung oft eine nicht zu übersehende Rolle spielt. Dieser Wirkungskreis der Suggestion mit Bezug auf organische Krankheiten ist noch nicht systematisch geprüft worden, ich bin aber überzeugt, daß er sich als recht ergiebiges Feld herausstellen wird und mehr Beachtung von seiten der ärztlichen Praktiker verdient, als ihm bis jetzt zugewendet wurde.

### 3. Neuerziehung.

Wir haben erfahren, daß das Wesen der Suggestionsbehandlung darin besteht, daß den zur Neurosenbildung drängenden Kräften andere entgegengestellt werden, die sich von den Affekten herleiten, welche die persönliche Beziehung des Patienten zum Arzt auslöst. Einige ihrer Abarten, wie besonders die Überredung und Ablenkung, bilden einen Übergang zu den Methoden, mit denen wir uns in diesem Abschnitt beschäftigen wollen. Diese unterscheiden sich von der reinen Suggestionsbehandlung sehr beträchtlich dadurch, daß sie danach streben, die pathogenen Faktoren selber umzuwandeln, nicht nur ihre Wirkungen zu beseitigen, und daß sie einen Versuch machen, dieses Ziel durch die Verwertung von Kräften, die sich im Seelenleben des Patienten bereits vorfinden, zu erreichen. Das Prinzip, auf dem die Neuerziehungsmethoden beruhen, ist die Abänderung der pathogenen Strebungen durch ihren Anschluß an andere, die erfahrungsgemäß einen günstigen Einfluß auf sie ausüben können. Die Hypothese, auf der es sich aufbaut, besteht, allgemein ausgedrückt, darin, daß die hysterischen, Symptome durch die Einwirkung psychischer Traumen, wie Schock, Schreck, Trauer usw., auf einen empfindlichen Organismus entstehen, und daß die Wirkungen dieser Traumen dadurch aufgehoben werden müssen, daß man die Erinnerung

an sie mit anderen weniger unlustvollen Gefühlen verbindet. Alle Vertreter dieser Methode sind Forscher, die sich mehr oder minder eingehend mit dem Studium des Wesens und der Entwicklung der hysterischen Symptome beschäftigt haben, und sie alle stimmen in bezug auf sie in einem Punkt überein: daß nämlich alle derartigen Symptome auf Amnesien beruhen, d. h., daß sich hinter den tatsächlichen Symptomen verschiedene bei ihrer Entstehung wirksame psychische Prozesse verbergen, die der Patient vergessen hat. Diese Autoren legen solchen Nachdruck auf die Amnesie, daß die Mehrzahl von ihnen das Wesen der Hysterie als eine Dissoziation oder Zersetzung von psychischen Prozessen beschreibt, als eine Art von multipler Spaltung der Persönlichkeit im kleinen, und ihre Heilung als die Zusammenfassung dieser abgespaltenen Einheiten zu einem Ganzen betrachtet.

Eine Behandlungsart dieser Gruppe heißt auch tatsächlich »Psycho-Synthese«. Diese Auffassung gibt uns einen neuen Gesichtspunkt und läßt die Aufgabe, die pathogenen Strebungen umzuwandeln, weniger einfach erscheinen als wir vielleicht zuerst hätten meinen können, denn offenbar kann einen die Beschränkung auf die oberflächlichen Äußerungen, die Endprodukte des krankhaften Prozesses nicht befriedigen, wenn man dabei die abgespaltenen Einheiten selber, welche in ihnen ihren Ausdruck finden, unbeachtet läßt.

Die zuerst 1878 im Zusammenhang mit bestimmten Anästhesien gemachte Entdeckung der besprochenen Amnesien ließ das Problem der Hysterie und ihrer Behandlung in einem ganz neuen Licht erscheinen. Wenn die hysterischen Symptome auf der Abspaltung verschiedener psychischer Prozesse vom Bewußtsein beruhen, sollte man meinen, daß die wesentlichste und wichtigste Aufgabe jeder gründlichen Behandlung darin bestehe, die vergessenen Erinnerungen wiederzuerwecken, die dissoziierten psychischen Prozesse mit bewußten zu verschmelzen. Merkwürdigerweise zieht keiner der betreffenden Autoren diese scheinbar so auf der Hand liegende Schlußfolgerung oder doch nur mit sehr bedeutenden Abweichungen. Sie vertreten im allgemeinen die Ansicht, daß diese Wiedererweckung wohl häufig erwünscht, aber durchaus nicht immer notwendig und nie an sich ausreichend ist. Wir werden später erfahren, daß eine andere Gruppe von Forschern sich ganz im Gegenteil an diese Folgerung in ihrer ursprünglichen Form hält, daß nämlich das ganze Bestreben darauf gerichtet werden soll, eine befriedigende Verschmelzung der abgespaltenen

psychischen Elemente mit dem Bewußtsein zustandezubringen und auch bestimmte Gründe dafür kennen lernen, warum die hier erwähnten Autoren, die das Dissoziationsprinzip in der Theorie anerkennen, versäumt haben, den logischen Schluß aus ihm zu ziehen.

Neuerziehung. — Die Methoden, deren sich die einzelnen Forscher dieser Gruppe bedienen, unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander, so daß es sich empfiehlt, sie der Reihe nach durchzugehen. Selbstverständlich beschränkt keiner von ihnen sich auf ein bestimmtes Verfahren, sondern variiert die Art der Behandlung je nach dem Fall, den er vor sich hat; trotzdem lassen sich für jeden Forscher einige charakteristische Arten herausgreifen. Beginnen wir mit Pierre Janet, dem Pionier auf diesem Arbeitsgebiet. Janet verfolgt sorgfältig die Entwicklungsgeschichte der vorhandenen Symptome, wobei er den traumatischen Affekterlebnissen, mit denen sie in Verbindung stehen, besondere Beachtung zuwendet. Dabei bedient er sich hauptsächlich der Ausforschung in der Hypnose, während der, wie oben erwähnt, das Erinnerungsvermögen gewöhnlich weiter reicht als im Wachzustand. Zu dem gleichen Zwecke verwendet er auch andere Methoden, besonders solche, die vor allem in Hinblick auf den «psychical research» von Medien zur Untersuchung unterbewußter psychischer Vorgänge ausfindig gemacht worden sind. Beispiele dafür sind das automatische Schreiben und das Kristallschauen. Bei dem ersteren wird die Aufmerksamkeit des Patienten z. B. durch ein Gespräch abgelenkt, während seine rechte Hand, die einen Bleistift hält, auf einem Brettchen aufruht; in geeigneten Fällen und unter günstigen Umständen wird die Hand beginnen, zusammenhängende oder auch zusammenhanglose Phrasen niederzuschreiben, ohne daß der Patient sich bewußt ist, was er schreibt, oder daß er überhaupt merkt, daß er schreibt. Bei dem zweiten Beispiel läßt man den Patienten, der sich in einem Zustand von Entspannung und Ruhe befinden muß, starr in einen klaren Kristall blicken oder überhaupt auf irgend einen Gegenstand mit glänzender Oberfläche, wie z. B. ein mit Wasser gefülltes Becken ‹Lekanomantie›, worauf Visionen, auf diese Oberfläche projiziert, erscheinen können. In beiden Fällen ist es möglich, den Zugang zu — oft verzerrten — Erinnerungen zu finden, die für das Bewußtsein des Patienten unzugänglich waren. Die direkten und klaren Erinnerungen, die sich auf diese Weise wiedererwecken lassen, stellen aber nur einen kleinen und nicht den wichtigsten Teil des wirklich vorhandenen, abhanden-

gekommenen Stoffes vor, und außerdem war weder Janet noch ein anderer der in diesem Abschnitt genannten Autoren imstande, eine Methode herauszufinden, welche die Sichtung und Verwertung der entstellten Elemente gestattet, was wir heute mit Hilfe der Psychoanalyse erreichen können, wie besonders Silberer[1] in einer ausführlichen Arbeit beweist.

Janet trägt auch kein Bedenken, die verbale Suggestion bis zu den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit zu gebrauchen, er versucht auf diesem Wege die Stärke der von der Untersuchung aufgedeckten Affekte abzuschwächen und so ihrem schädlichen Einfluß entgegenzuarbeiten. Das für seine Arbeitsweise charakteristischeste Verfahren ist wohl die sogenannte Substitutionsmethode. Wenn er findet, daß eine bestimmte Vorstellung mit einem Affekt besetzt ist, der krankhafte Wirkungen hervorbringen muß, dann zerlegt er den Komplex von psychischen Vorgängen und ersetzt eine oder mehrere seiner Bestandteile durch eine neue Vorstellung oder einen anderen Affekt, um so die alten Assoziationen abzuändern. Wenn z. B. die aufgedeckte unlustvolle Erinnerung die Vorstellung eines Leichnams ist, durch den der Patient als Kind in Schrecken versetzt wurde, wird er den Versuch machen, den Erinnerungskomplex mit lustbetonten Affekten und Vorstellungen auszustatten, z. B. dem Anblick und Duft von Blumen, den Klängen von heiterer Musik usw., um dadurch die unlustbetonten und krankhaften Assoziationen auszuschalten. Derartige grobe Substitutionen lassen sich natürlich am leichtesten und nachhaltigsten mit Hilfe starker hypnotischer Suggestionen durchführen.

Morton Prince, der als der erste im Jahre 1891 den Terminus »Neuerziehung« in diesem Zusammenhang gebrauchte, geht in ähnlicher Weise vor, mit verhältnismäßig geringen prinzipiellen Abweichungen. Der hauptsächlichste Unterschied zwischen seinen Methoden und denen Janets erinnert an die Unterschiede zwischen der Überredungs- und Suggestionsmethode, er bedient sich nämlich weniger der gröberen Formen, der Substitution, sondern wendet sich eher an die Vernunft des Patienten, er behandelt ihn, kurz gesagt, mehr als Janet, als ein vernünftiges Wesen. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, bedeuten seine Methoden einen entschiedenen Fortschritt gegenüber den von Janet gebrauchten, besonders in Hinblick auf das Ziel, das die Behandlung sich stellt, die Mittel

[1] Silberer, Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrgang II. 1912.

hingegen, durch welche die Wirkungen hervorgebracht werden, sind in beiden Fällen wahrscheinlich sehr ähnlich. Die einleitende Untersuchung führt er, mit bestimmten unwichtigen Erweiterungen und Abänderungen, auf die gleiche Art aus wie Janet. Wenn er die pathologischen Vorgänge mit den psychischen Traumen der Vergangenheit aufgedeckt und bestimmt hat, bemüht er sich, dem Patienten ihre Bedeutung zu erklären, neue Gesichtspunkte für die in Betracht kommenden psychischen Vorgänge aufzufinden, sie dem Patienten von allen Seiten her nahe zu bringen, sie mit neuen Affekten und Vorstellungen zu verschmelzen, die allgemeinen Interessen des Kranken anzuregen und, allgemein gesprochen, seinen geistigen Gesichtskreis zu erweitern.

Kausalanalyse. — Oskar Vogt beschrieb im Jahre 1899 eine Methode, der er den vielversprechenden Namen Kausalanalyse beilegte. Sie besteht in einer systematischen Selbstbetrachtung, die während eines Zustandes von Bewußtseinsverengung ‹Subhypnose› durchgeführt wird, und kann nur von Personen durchgeführt werden, die vorher zu genauer Selbstbeobachtung erzogen worden sind. Die Methode war ursprünglich dazu bestimmt, der wissenschaftlichen Untersuchung von ätiologischen Problemen und nicht therapeutischen Zwecken zu dienen, und Vogt hält sie für letztere nur in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen für verwendbar; ich kann hinzufügen, daß die Methode infolge der Grenzen, die der direkten Selbstbetrachtung gezogen sind, auch zu dem Studium der erstgenannten Probleme keine wesentlichen Beiträge geleistet hat. Vogt möchte ihre Anwendung auf wenige, sorgfältig ausgesuchte Fälle beschränkt sehen und sie selbst in diesen erst nach Versagen aller anderen therapeutischen Mittel gebrauchen. Er ist im allgemeinen der Ansicht, daß eine detaillierte Untersuchung der psychischen Vorgänge in dem Kranken höchstens in seltenen Fällen notwendig ist, und beschränkt sich auf die Verwendung einfacherer Methoden, wie wir sie in dem vorhergehenden Abschnitt beschrieben haben.

Hypnoidisation. — Boris Sidis betont mit großem Nachdruck den Wert der Hypnoidisation, eines Verfahrens, das wir oben im Zusammenhang mit den Abarten der Hypnose besprochen haben. Nach Herbeiführung dieses Zustandes wird der Patient veranlaßt, alle Gedanken und Erinnerungen, die ihm einfallen, auszusprechen, in der Weise, wie es von Breuer und Freud einige Jahre früher empfohlen worden war. Er behauptet, daß die auf diesem Wege erzielten Erfolge auf der

Aufhebung der pathogenen Spaltung durch den Durchbruch mächtiger psychischer Energien aus dem Unbewußten beruhen, die automatisch eine Verschmelzung oder Synthese der früher abgespaltenen Elemente zustande bringen; der hypnoidale Zustand soll angeblich diesen Durchbruch erleichtern.

Psycho-Synthese. — Bezzola bezeichnet als Psycho-Synthese eine Behandlungsart, die in Wirklichkeit identisch mit der von Breuer und Freud ausgearbeiteten »kathartischen« Methode ist, welche von dem letzteren später zu der modernen Psychoanalyse erweitert wurde. Außer der Abänderung des Namens und dem Entschluß, die Mängel und Unvollkommenheiten der früheren Methode beizubehalten, hat Bezzola keine originellen Beiträge geleistet. Frank, De Montet und einige andere sind seinem Beispiel gefolgt, bei der kathartischen Methode zu verbleiben, obwohl sie dieselbe ungerechtfertigterweise als Psychoanalyse bezeichnen.

Autognosis. — Dieser Name wurde von William Brown erfunden, um die Bestimmung der abnormen Gedankengänge im Seelenleben der Kranken zu bezeichnen; der Autor bereichert aber unsere Kenntnis der diesbezüglichen Verfahren in keiner Weise.

Anagogische Psychotherapie. — Diese Methode, die von Adler, Jung, Maeder und Silberer vertreten wird, ist bedeutend umständlicher und anspruchsvoller als alle anderen in diesem Abschnitt erwähnten Verfahren. Wegen ihrer besonderen Beziehung zur Psychoanalyse wird es sich empfehlen, ihre Beschreibung bis nach Erörterung der letzteren aufzuschieben; ihre Erwähnung an dieser Stelle geschieht nur der Vollständigkeit halber.

## Allgemeine Kritik der Neuerziehungsmethoden.

Wir müssen in erster Linie hervorheben, daß dieses Behandlungssystem einen entschiedenen Fortschritt gegenüber den im letzten Abschnitt beschriebenen bedeutet, denn im Gegensatz zu diesen stellt es sich die schwierige Aufgabe, an die pathogenen Faktoren selber und nicht nur an ihre Endprodukte heranzugehen. Außerdem tritt unser »Selbsttätigkeitskriterium« hier viel mehr in den Vordergrund als bei jenen, da von dem Patienten verlangt wird, seine krankhaften Tendenzen im Lichte neuer Einsichten zu überprüfen und verschiedene vergessene traumatische Erinnerungen in sein Bewußtsein aufzunehmen. Die Ziele dieses Systems

sind also anspruchsvoller und befriedigender als die der anderen, da es den Krankheitsprozeß in einer ihm viel angemesseneren Weise angreift. Wenn es auch nicht leicht zu beurteilen ist, so scheint es doch wahrscheinlich, daß auch von der praktischen Seite betrachtet, seine Resultate die auf dem Wege der Suggestion erzielten, besonders was ihre Dauerhaftigkeit angeht, übertreffen.

Bei dem Versuch, eine rationale Erklärung der Neuerziehungsmethode zu formulieren, stoßen wir sofort auf die Tatsache, daß sie auf einer anderen Auffassung der Hysterie beruht als die Suggestionsmethode, und stehen vor der Aufgabe, diese beiden Gesichtspunkte, wenn möglich, in Einklang miteinander zu bringen. Die frühere, im Zusammenhang mit der Suggestion beschriebene Auffassung sieht in den Symptomen die Produkte der Wirksamkeit verschiedener pathologischer Strebungen im Kranken, deren Natur und Wesen aber unbestimmt und dunkel erscheint. Einige von ihnen schrieb man rein äußeren Einflüssen zu, schädlichen Suggestionen, die auf ein besonders empfängliches Seelenleben ausgeübt wurden, die wichtigsten aber schienen mehr oder minder starke egozentrische Tendenzen vorzustellen, halb unbewußte Pläne zur Erreichung egoistischer Zwecke, Freude an der Simulation an sich, Sucht nach Mitleid usw. — kurz verschiedene innere Strebungen.

Die Zahl der Ärzte, welche die therapeutische Suggestion verwenden, ist so groß, daß wir bei ihnen die verschiedensten Auffassungen über das Wesen dieser pathologischen Strebungen finden, die meisten von ihnen stimmen aber in einem sehr wichtigen Punkt überein, darin nämlich, daß sie diese Tendenzen als etwas Dynamisches ansehen, als aktive Prozesse, die, bewußt oder unbewußt, nach Ausdrucksmöglichkeiten ringen. Dieser Auffassung zufolge erscheint es als das wesentliche an der Suggestionsbehandlung, daß sie eine äußere Kraft, die wir auf den affektiven Einfluß oder die von der Person des Arztes ausgehende Anziehung zurückgeführt haben, den krankhaften Kräften entgegenwirken läßt, welche die Symptome erzeugen. Bei der Behandlung wird also eine Kraft gegen die andere ausgespielt, wobei der Erfolg davon abhängt, welche die stärkere ist.

Der andere Gesichtspunkt, von dem die Hypothese der Neuerziehung ausgeht, scheint auf den ersten Blick unvereinbar mit dem früheren, der infolge der Ersetzung der dynamischen Auffassung des Krankheitsprozesses durch eine mehr statische offenbar abgewiesen wird. Die Symptome

werden hier als die Nachwirkungen verschiedener psychischer Traumen, Schock, Schreck usw. betrachtet, deren Erinnerungsspuren sich wie störende Fremdkörper benehmen. Statt daß die an die traumatischen Erlebnisse gebundenen Affekte sich wie bei den Normalen im Laufe der Zeit abschwächen und allmählich wirkungslos werden, erhalten sie sich ihre volle Kraft und Wirksamkeit in einem ungewöhnlichen Ausmaß. Daß die normale Affektabschwächung in solchen Fällen wirklich nicht stattfindet, läßt sich oft an konkreten Beispielen deutlich nachweisen; bei Wiedererweckung der vergessenen Erinnerung an ein Erlebnis findet man, daß der begleitende Affekt genau so intensiv und lebhaft ist, als hätte das Erlebnis sich vor einem Augenblick und nicht Jahre vorher zugetragen. Dieser Sachverhalt stimmt mit der in der allgemeinen Besprechung der Hysteriebehandlung aufgestellten Behauptung überein, daß nämlich solche Kranke sich in einem abnormen Maße von der Vergangenheit beeinflussen lassen und in einem gewissen Sinne viel mehr in der Vergangenheit als in der Gegenwart leben. Die Tatsache, daß die alten Affekte ihre Wirksamkeit in einer so abnormen Weise beibehalten, wird auf dem Boden der hier besprochenen Hypothese einem allgemeinen konstitutionellen Defekt des Kranken zur Last gelegt, der von erblicher Disposition, falscher Erziehung, vielleicht auch von körperlichen Fehlern und anderen weniger wichtigen Faktoren herrühren mag. Das wirkliche Wesen dieses Defektes wird aber im Dunkeln gelassen. Außerdem wird bei der für die Neuerziehungsmethoden charakteristischen Auffassung das Vorhandensein unterbewußter Krankheitserreger mehr betont als bei der früheren und behauptet, daß die wirksamen psychischen Vorgänge, welche die Symptome hervorbringen, dem Kranken zum größten Teil unbekannt sind; die traumatischen Erinnerungen wirken, mit anderen Worten, zwar fort, sind aber in Vergessenheit geraten. Diese Behauptung verbindet besonders Janet mit den vorhin erwähnten Betrachtungen zu der Annahme, daß den hysterischen Kranken eine angeborene Tendenz zur psychischen Dissoziation eigentümlich ist oder, anders ausgedrückt, daß ihnen im Gegensatz zu den Normalen die Unfähigkeit angeboren ist, gewisse Erlebnisse bewußt zu verarbeiten, also eine defekte Fähigkeit zur Synthese.

Es ist nicht schwer einzusehen, und das ist eine wichtige Bemerkung, daß diese letztere Auffassung zu einer viel verständnisvolleren und toleranteren Einstellung dem Kranken gegenüber führt als die erste. Man

spürt hier nichts mehr von Mißbilligung wegen Selbstsucht und moralischer Verschrobenheit, höchstens ein verächtliches Mitleid für ihre verminderte Widerstandskraft. Es ist nicht mehr die Rede davon, daß man dem Patienten einen Teil der Verantwortung an seinem Zustand zuschieben kann, und gewiß nicht davon, daß er ihn selbst verschuldet hat. Ganz im Gegenteil, der Umstand, daß der Patient die Ursachen seiner Symptome gar nicht kennt, und daß diese durch die Einwirkung unlustvoller traumatischer Erlebnisse auf eine defekte psychische Konstitution entstanden sind, läßt ihn als das unglückliche Opfer von Verhältnissen erscheinen, gegen die er ohnmächtig ist, als einen vom Schicksal Geschlagenen, dem man seine Hilfe und sein Mitleid zuwenden muß. Diese Verschiedenheit in der Einstellung ergibt sich als logische Folgerung aus der Verschiedenheit zwischen der dynamischen Auffassung, welche die Hysterie als Äußerung eines perversen Willens betrachtet, und der statischen, die in ihr die Folge unglücklicher äußerer Zufälle sieht.

Die vorstehenden Bemerkungen lassen uns einen starken Gegensatz zwischen den beiden Gesichtspunkten erkennen, die in beiden Behandlungssystemen, Suggestion und Neuerziehung, verkörpert sind.

Der hier vertretenen Ansicht nach enthält jeder von beiden ein gewisses Stück der Wahrheit, und infolgedessen dürfen wir von keinem eine vollständige Theorie der Hysterie erwarten, da ja jeder gewisse Seiten des Problems außer acht läßt.

Über die Unvollkommenheiten der Hypothese, auf der sich die Suggestionsbehandlung aufbaut, haben wir weiter oben gesprochen, so daß uns dasselbe noch bei den Neuerziehungsmethoden zu tun bleibt. Man kann im allgemeinen sagen, daß diese Mängel davon herrühren, daß die Theorie sich über die Erfahrung hinaussetzt, und kann sie alle auf große Unvollkommenheiten der zur Erforschung und Behandlung verwendeten Methoden zurückführen.

Es lassen sich drei bestimmte Punkte anführen, in denen sich diese Hypothese als unvollkommen erweist. 1. Der erste Punkt betrifft den oben geschilderten dynamischen Charakter der Hysterie, der in ihr nicht genügend Beachtung findet. Wenn man auch z. B. zugibt, daß ein Patient an den Nachwirkungen eines alten psychischen Traumas leidet, so verstehen wir darum noch nicht, warum er dieses Leiden zu seinem eigenen Vorteil in so viel größerem Umfange verwertet, als wir es je bei einem physischen Trauma sehen würden. Außerdem ist die Absichtlichkeit, d. h.

die Tätigkeit eines Willens, für die unbewußten, bei der Hysteriebildung wirksamen Faktoren viel charakteristischer als für die oben besprochenen bewußten, was hier aber von den in Betracht kommenden Autoren fast ganz übersehen worden ist. 2. Die zweite Schwäche der Hypothese liegt darin, daß die ätiologischen Faktoren, die bei der einleitenden Untersuchung mit Hilfe der dabei verwendeten Methoden aufgedeckt werden, zwar gute Beiträge zur Aufhellung der Vergangenheit und Pathogenese der Symptome liefern, aber doch keine vollständige Erklärung für sie geben. Dieser Punkt kann hier nur gestreift werden, da es sich eigentlich um eine Angelegenheit der Psychopathologie und nicht der Therapie handelt, aber das folgende Beispiel kann zu seiner Erläuterung dienen. Es kann vorkommen, daß die Untersuchung eines bestimmten Symptoms seinen historischen Zusammenhang mit einem bestimmten traumatischen Erlebnis aufdeckt, so kann man finden, daß z. B. ein Tremor der rechten Hand zum erstenmal in einem Augenblick plötzlichen Erschreckens — das nicht mehr erinnert wird — aufgetreten ist und seitdem angedauert hat. Wenn wir jetzt auch diesem Trauma eine große ätiologische Bedeutung zuerkennen, so erklärt uns diese Entdeckung doch noch nicht, warum gerade ein Tremor und nicht eine Lähmung, und warum gerade ein Tremor der rechten Hand sich ergeben haben sollte, und warum überhaupt ein Symptom die Folge dieses bestimmten Traumas war, während andere, scheinbar viel schwerere wirkungslos bleiben. Viele der Untersuchungen, über die uns Berichte vorliegen, ergeben einen engeren wesentlichen Zusammenhang zwischen der Natur des Traumas und des Symptoms als bei dem obigen Beispiel, das aber — der Einfachheit halber wurde absichtlich ein grobes gewählt — die erwähnte Unvollkommenheit gut verdeutlicht. Bei jeder solchen Untersuchung, die mit Hilfe der besprochenen Methoden durchgeführt wird, bleiben immer Züge, die durch ihre Ergebnisse nicht aufgehellt werden, unbeantwortete Fragen und ungelöste Probleme. 3. Der dritte Punkt betrifft die Unklarheit, warum — wenn das Wesen der Hysterie in der Dissoziation besteht und die Heilung so viel wie Synthese bedeutet — die Verschmelzung der abgespaltenen Elemente nicht genügt, um die Heilung herbeizuführen. Nach den Aufstellungen der Dissoziationshypothese sollten wir erwarten, daß nichts anderes als das notwendig wäre, während die Autoren der jetzt behandelten Gruppe sich einstimmig dahin aussprechen, daß ihrer Erfahrung nach diese Synthese durch andere Verfahren, wie Substitution,

Suggestion usw. ergänzt werden muß. Den Grund für diesen Widerspruch zwischen Theorie und Praxis liefert die zuletzt aufgestellte Behauptung, daß nämlich die Erforschung der abgespaltenen Elemente immer unvollständig geblieben ist, so daß auch die Verschmelzung immer nur unvollkommen und in einer dem therapeutischen Ziel nicht genügenden Weise durchgeführt werden konnte. Der Fehler liegt ohne Zweifel in der Untersuchungstechnik, denn man kann nachweisen, daß keines der erwähnten Verfahren imstande ist, über eine gewisse Grenze hinaus in die abgesperrten psychischen Vorgänge des Unbewußten einzudringen. Man gewinnt allgemein die Überzeugung, daß, selbst wenn es sich um ein einziges Symptom handelt, wahrscheinlich immer eine Vielheit von pathogenen Faktoren vorhanden ist, und das Symptom das Endprodukt all dieser Faktoren und nicht eines einzelnen Erregers darstellt. Es ist für eine Untersuchung keine unmögliche Aufgabe, ja sogar ein Leichtes, einige dieser Faktoren aufzudecken; die weniger wichtigen lassen sich gewöhnlich zuerst erkennen, da sie oberflächlicher und leichter zugänglich gelegen sind. Die vollständige Aufhellung der Pathogenese eines hysterischen Symptoms aber ist eine viel schwierigere Aufgabe, als man gewöhnlich annimmt, und viele Forscher haben sich viel zu leicht mit ihren ersten Funden zufrieden gegeben, die, wie eben bemerkt, gewöhnlich die unwichtigsten waren.

Schlußfolgerungen. — Wir können abschließend sagen, daß die im Zusammenhang mit dem Behandlungssystem der Neuerziehung durchgeführten Forschungen uns einen tieferen Einblick in den Ursprung und das Wesen der hysterischen Erscheinungen gewähren, als es bei dem Suggestionssystem der Fall war, und uns den Ausblick auf eine Reihe von therapeutisch bedeutungsvollen Problemen eröffnen. Sie geben uns aber keine irgendwie befriedigenden Lösungen dieser Probleme und ihre unzulänglichen Erfolge lassen sich auf die Unvollständigkeit der Untersuchungsergebnisse zurückführen, welche die hier in Betracht kommenden Methoden liefern. Man muß beiden Hypothesen, auf denen die zwei Behandlungssysteme sich aufbauen, den Vorwurf der Einseitigkeit machen, da jede von ihnen die Aufmerksamkeit auf gewisse Seiten des Problems konzentriert und andere vernachlässigt. Die zweite Hypothese ist umfassender und kommt der Wahrheit näher als die erste. In ihr kommt ein äußerst wichtiges therapeutisches Prinzip zum erstenmal zur Geltung, nämlich die Verschmelzung abgespaltener Elemente, das sich von den Prinzipien, auf

denen die Suggestionsmethode beruht, grundsätzlich unterscheidet und mit dem wir uns noch eingehend zu beschäftigen haben werden.

Die Forscher, die der hier besprochenen Gruppe angehören, waren wegen der Unvollkommenheit der Untersuchungsmethoden, die ihnen zu Gebote standen, nicht in der Lage, die logischen Folgerungen für die Therapie aus diesem Grundsatz zu ziehen, so daß von einer vollen Synthese bei ihnen nicht die Rede sein konnte; es war erst nach Ausbildung eines gründlicheren Verfahrens möglich, diesen Grundsatz als praktische therapeutische Maßnahme zu verwerten und die verschiedenen Probleme, welche bei den verschiedenen therapeutischen Bemühungen aufgeworfen worden waren, endgültig zu lösen. In ihrem Bestreben, eine befriedigende Behandlungsmethode auf die traumatische, statische Hypothese zu gründen, gescheitert, griffen jene in der Praxis auf das bewährte Mittel der Suggestion zurück und gingen daran, seine Anwendung zu erweitern. Es ist sehr wahrscheinlich, daß ein großer Teil der therapeutischen Erfolge, welche Vertreter der Neuerziehungsmethoden erzielt haben, auf die Wirkung der Suggestion zurückzuführen ist, entweder in Form direkter verbaler Suggestion oder der Herstellung eines affektiven Rapports zwischen Arzt und Patient, dem der erstere dann seinen Einfluß verdankt. Manche der günstigen Resultate gehen ohne Zweifel auch auf die Synthese abgespaltener Elemente zurück, so unvollständig sie ausgeführt wird, auf die Erledigung aufgestauter und verdrängter Affekte durch ihr Bewußtwerden und auf die Einsicht und Beherrschung, die der Patient dadurch erreicht, daß er lernt, über Dinge, die ihn früher gequält hatten, von einem neuen Standpunkt aus zu urteilen. Wahrscheinlich ist aber der größere Teil des Erfolges der Wirkung der Suggestion zu danken, die umsomehr leisten kann, als die pathogenen Faktoren, gegen die sie gerichtet wird, bis zu einem gewissen Grade zugänglicher und verständlicher geworden sind; infolgedessen treffen wir hier — wenn auch in geringerem Maße — dieselben Nachteile und Mängel wieder, die Ungewißheit über die künftige Entwicklung, die geringe Dauerhaftigkeit des Erfolges usw., über die wir in dem vorhergehenden Abschnitt gesprochen haben. Es ist dem Behandlungssystem, das wir an nächster Stelle besprechen wollen, vorbehalten geblieben, die Mängel, die der suggestiven Beeinflussung anhaften, endgültig zu beseitigen, die widerstreitenden therapeutischen Methoden und Ziele in Einklang miteinander zu bringen und die Behandlung der Hysterie in angemessener Weise auf verständige Einsicht zu basieren.

### 4. Psychoanalyse.

Diese Methode, die von Sigmund Freud in erster Linie zur Erforschung und Behandlung der Hysterie geschaffen wurde, hat sich in einem viel größeren Maße anwendbar gezeigt, als man anfänglich für wahrscheinlich oder auch nur möglich gehalten hätte, so daß sie auch eine breitere Auseinandersetzung verlangt als die anderen Methoden mit begrenzteren Absichten und Ansprüchen. Mit ihrer Hilfe hat man Probleme der anderen Psychoneurosen, der Geisteskrankheiten und der normalen Psychologie eingehend untersucht. Ihre Anwendung ist außerdem nicht auf das Studium der Gegenwart beschränkt geblieben, sondern auch auf die Vergangenheit ausgedehnt worden, das gilt sowohl für die Individualpsychologie in Form von Studien über geniale und historische Persönlichkeiten, wie auch für die Völkerpsychologie in Form von Mythologie, Philologie, Anthropologie und Folkloristik. Eine Folge dieser umfassenden Forschungen war die Erweiterung unseres Verständnisses für psychische Mechanismen überhaupt und die Einführung neuer Ideen in die Psychologie, ja eigentlich die Schaffung einer neuen Psychologie. Die Vertiefung unseres Verständnisses auf diesen anderen Gebieten, die auf den ersten Blick nichts mit der Hysterie gemeinsam zu scheinen haben, hat sich ihrerseits wiederum bei dem Studium der engeren Probleme der Neurosen als sehr wertvoll erwiesen und die Zusammenhänge aufgedeckt, die zwischen allen Äußerungen der menschlichen Phantasie, der gesunden wie der krankhaften, bestehen. Sowohl die Erweiterung des Anwendungsgebietes, wie auch die Neuheit vieler der Ideen machen die Darstellung in einem begrenzten Umfang zu einer besonders schwierigen Aufgabe und die Beschränkung auf die therapeutischen Fragen allein würde den Verzicht auf jede Verständlichkeit bedeuten. Immerhin hoffe ich, daß es möglich sein wird, wenigstens die Grundprinzipien mit genügender Klarheit darzustellen, und schicke zur Erleichterung dieser Aufgabe eine allgemeine Erörterung voraus, ehe ich an die Beschreibung der therapeutischen Methode selber gehe.

Wir wollen damit anfangen, einige Überlegungen, die uns aus den vorigen Abschnitten bereits vertraut geworden sind, weiter zu entwickeln, wobei vorausgeschickt werden soll, daß die aufgestellten Behauptungen — die der Freudschen Neurosenlehre entnommen sind — sich auf Untersuchungen gründen, die mittels der psychoanalytischen Methode ausgeführt wurden. Wir wollen in erster Linie die Punkte erwähnen, in denen diese

Untersuchungen allgemeine Folgerungen, die aus anderen Beobachtungen gezogen wurden, bestätigen. Freud stimmt vollkommen mit den Entdeckungen überein, die in der Neuerziehungshypothese ihren Ausdruck gefunden haben, daß nämlich jedes hysterische Symptom sich auf einer Amnesie aufbaut, oder vielmehr auf einer Reihe von Amnesien, daß die pathogenen symptombildenden Faktoren in einer Anzahl von psychischen Prozessen bestehen, von denen der Patient zum größten Teil nichts weiß, und daß sich unter diesen psychischen Vorgängen gewöhnlich, wenn auch vielleicht nicht immer, die abhanden gekommenen Erinnerungen an unlustvolle ‹traumatische› Erlebnisse finden. Der Begriff der unbewußten Wirksamkeit unbewußten psychischen Materiales bildet so einen wesentlichen Bestandteil der Theorie. Freud gibt sich aber nicht mit der Annahme zufrieden, daß die pathogene Wirksamkeit der Traumen darauf zurückzuführen ist, daß sie auf eine labile psychische Disposition eingewirkt haben, obwohl es ganz klar ist, das hier irgend ein solcher zweiter Faktor mitspielt, wenn auch nur aus dem Grund, daß ganz ähnliche Traumen bei anderen Personen keine krankhaften Folgen haben. Statt als zweiten Faktor eine unbestimmte, konstitutionelle Minderwertigkeit aufzustellen, sucht er dadurch in den Sachverhalt einzudringen, daß er die Art und Weise, in welcher der Patient auf das traumatische Erlebnis reagiert hat, genau bestimmt, und das Studium seines Verhaltens gibt uns dann Aufschluß über gewisse Besonderheiten der hysterischen Reaktionsweise im Gegensatz zu der der Normalen.

Eine dieser Besonderheiten liegt darin, daß sich der Patient jedem Gedanken an das traumatische Erlebnis gegenüber so verhält, als ob er sich seiner schämen müßte, und oft als ob er schuld daran wäre, daß es sich zugetragen hat; er weigert sich, davon zu sprechen, vermeidet, daran zu denken, weicht jeder klaren Vorstellung desselben aus und ist bemüht, die Erinnerung daran abzuweisen oder, wie der technische Ausdruck lautet, zu »verdrängen«. Es macht den Eindruck, als wäre er durch frühere psychische Betätigungen, die bei dem Normalen nicht vorhanden sind, auf das Erlebnis vorbereitet worden, als ob es ihn auf eine scheinbar unverständliche Weise an frühere Gedanken erinnern würde, deren Existenz er sich nicht eingestehen wollte, und dieser Eindruck erweist sich bei weiterer Untersuchung als wohlbegründet. Ein gutes Beispiel für einen solchen Sachverhalt wäre z. B. der Fall eines Mädchens, das eine Zeit lang sexuelle Phantasien genährt hat, sich, halb schaudernd und

halb genießend, einen sexuellen Angriff vorzustellen versucht hat und dann tatsächlich einem solchen Angriff ausgesetzt würde. Wir werden verstehen, daß ein solches Mädchen auf das Trauma anders reagiert als eine andere Person es täte; ihre Phantasie oder ihr unbestimmter Wunsch ist realisiert worden und sie empfindet ein Schuldgefühl, als ob sie für die Situation teilweise verantwortlich zu machen wäre. Es ist für das Verhalten solcher Mädchen typisch, daß sie das Erlebnis niemandem, nicht einmal der Mutter gegenüber erwähnen, und die Beobachtung lehrt uns, daß Kinder, die solche Erlebnisse verheimlichen, leichter als andere das Opfer wiederholter derartiger Angriffe werden; sie zeigen die Neigung, vielleicht nicht absichtlich, aber auch nicht ganz zufällig, in Gegenden herumzustreifen, die das Vorkommen solcher Ereignisse begünstigen, und zeigen so, daß ihr späteres Schuldgefühl nicht ganz unberechtigt ist. Häufiger als man glauben sollte, stellt sich das Erleben solcher Traumen ‹körperlicher oder seelischer› als halbwegs provoziert heraus und man kann solchen Personen eine »traumatophile« Disposition zuschreiben.

Während die abnorme Bedeutung von Erlebnissen, wie die eben angeführten, ohne weitere Erklärung genügend verständlich ist, ist das bei unschuldigeren und ausschließlich von äußeren Zufälligkeiten bestimmten keineswegs der Fall; so z. B. bei plötzlicher Erschütterung über den Tod eines nahen Verwandten, Erschrecken bei einer Feuersbrunst usw. Aber auch hier hat Freud den Zusammenhang des Erlebnisses mit geheimen früheren Gedanken des Patienten aufgefunden, wobei der einzige Unterschied zwischen diesen Beispielen und den früheren darin liegt, daß die Assoziation des traumatischen Erlebnisses mit den vorhergehenden psychischen Vorgängen eine weniger direkte ist und daher der Beobachtung des Arztes leichter entgeht. Das Resultat solcher Untersuchungen besteht also darin, daß der Nachdruck nicht auf das traumatische Erlebnis selber gelegt wird, sondern auf die frühere Entwicklung des Seelenlebens des Patienten, wobei die Aufdeckung des Traumas hauptsächlich als Ausgangspunkt für die weiteren Erforschungen der Einstellung zu ihm dient und nicht einfach als die Erklärung der darauffolgenden Symptome angenommen wird.

Bei seinen Forschungen in dieser Richtung bemerkte Freud, daß die psychischen Prozesse, die mit den Symptomen und auch mit den traumatischen Erinnerungen, wenn solche vorhanden sind, zusammenhängen, immer geheime Gedanken enthalten, von denen der Patient entweder weiß, aber nur mit großem Widerstreben spricht, oder deren

Existenz er nicht einmal sich selber eingestehen will. Die Gründe für ein solches Verhalten des Kranken lagen auf der Hand, es waren Gedanken von einer Art, die mit den »höheren« Begriffen von Anstand, Pflicht oder Moral unvereinbar sind und darum von seinem Bewußtsein abgelehnt werden. Diese Hemmungen, deren Tendenz es ist, gewisse Gedanken zu verbannen und fernzuhalten, d. h. ihr Bewußtwerden zu verhüten, faßt Freud unter dem allgemeinen Namen der »Zensur« zusammen, wegen der naheliegenden Analogie zwischen ihnen und der überwachenden und auswählenden Tätigkeit der literarischen und gesellschaftlichen Zensoren.

Die Beobachtungen, auf die wir hier hinweisen, haben das wichtige Problem der Dissoziation gelöst. Psychische Vorgänge werden dissoziiert, vom Bewußtsein abgespalten, ins Unbewußte »verdrängt«, wenn sie entweder mit dem »höheren« sozialen und ethischen Niveau der bewußten Strebungen selbst unvereinbar sind oder wenn sie in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Vorgängen dieser verwerflichen Art stehen.

Kurz gesagt, die Dissoziation ist das Ergebnis der verdrängenden Tätigkeit der Zensur. Wie oben angedeutet, erstreckt sich diese Tätigkeit weit über den Umkreis der psychischen Prozesse, die ihrem Wesen nach dem Banne der Zensur verfallen sind, ebenso wie im Mittelalter bei der Verbannung eines Verräters aus seinem Vaterlande der Richterspruch gewöhnlich seine Familie, seine Freunde und alle ihm Zugehörigen mit einbezog, es macht den Eindruck, als würde man zur Sicherung, daß der verpönte Gedanke nicht in das Bewußtsein eintrete, dafür vorsorgen, daß auch ein anderer mit ihm verknüpfter Gedanke, durch den er erweckt werden könnte, nicht eingelassen werde.

Ein weiteres Eindringen in das Wesen der psychischen Vorgänge, welche die abnorme Reaktion des Patienten auf jedes psychische Trauma bestimmen, hat Freud die ungeheure Bedeutung gezeigt, die in diesem Zusammenhange dem Phantasieleben zukommt, und tatsächlich befaßt sich einer der Hauptsätze in seiner Psychologie mit den allgemeinen Beziehungen und Konflikten zwischen der Phantasie einerseits und der Anpassung an die Forderungen der Realität andererseits. Ein großer Teil unseres gesamten Seelenlebens ist auf den Kontrast zwischen diesen beiden Tendenzen aufgebaut. Jedesmal wenn sich in irgend einem Menschen ein Bedürfnis, ein Wunsch, ein Bestreben regt, steht er vor der Wahl, es auf eine von zwei verschiedenen Arten zu befriedigen. Die leichtere und man könnte sagen, die instinktive Art besteht darin, sich die vollzogene Befriedigung

vorzustellen, diese Phantasie zu nähren und in der Einbildung auszukosten, ein Vorgehen, das natürlich umso eher bevorzugt wird, wenn der Wunsch von solcher Art ist, daß sich einer tatsächlichen Erfüllung Schwierigkeiten entgegenstellen oder sie längere Anstrengungen nötig machen würde; Beispiele dafür sind die Tagträume eines Jünglings von glänzender Karriere oder einer schönen und reizenden Lebensgefährtin. Die schwierigere Art, die aber eine dauernde Befriedigung mit sich bringt, besteht darin, daß man mit seiner ganzen Energie an die Umwandlung der realen äußeren Situation geht, um die Erfüllung des Wunsches in Wirklichkeit herbeizuführen. Die beiden Prozesse sind natürlich nicht vollständig unabhängig voneinander, da die ursprüngliche Phantasie gewöhnlich eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für die später einzuschlagende Handlungsweise spielt und auch der Person als starker Antrieb dient, indem sie ihr den Genuß der Erfüllung in lebhaften Farben ausmalt.

Die Phantasie hat in der Geschichte der Menschheit eine außerordentlich großartige Rolle gespielt, nicht nur wegen der Häufigkeit, mit der äußere Situationen und Möglichkeiten sich inneren Wünschen in den Weg stellen, so daß die Phantasie das einzige Mittel zu ihrer Befriedigung bleibt, sondern auch weil sie die primitivste und wichtigste Form der Seelentätigkeit vorstellt und daher besonders für Kinder und Wilde charakteristisch ist. Wir alle kennen die Macht der kindlichen Einbildungskraft, ein Steckenpferd ist ihr gleichbedeutend mit einem Pferd, ein Badeschaff mit einem Piratenschiff und ein Besenstiel mit der Lanze des Kriegers. Was die unzivilisierten oder auch die zivilisierten Völker anbelangt, so brauchen wir nur an die weite Verbreitung magischer und okkulter Verfahren zu denken, die den kürzesten Weg zur Befriedigung verschiedener Wünsche darstellen. Wir halten uns nicht genügend vor Augen, wie ungerne und zögernd die Menschheit auf diese Art der Wunschbefriedigung verzichtet hat, und wie unvollkommen ihre Ersetzung durch die andere Methode der Anpassung an die Realität noch immer ist. Ein besonders wichtiges Moment ist die starke Tendenz, die Zuflucht zur Phantasie zu nehmen, wo es sich um einen Wunsch handelt, der entweder schwer oder gar nicht zu befriedigen ist. Eine Frau, deren Zusammensein mit ihrem Mann durch seinen eben eingetretenen Tod zerstört ist, nimmt ihre Zuflucht entweder zu der Erinnerung an die glückliche Vergangenheit oder zu der Vorstellung einer Wiedervereinigung in einer seligen Zukunft, da sie die düstere Realität der Gegenwart

nicht ertragen kann. Nur wenige Geister sind fähig, der Wirklichkeit in allen ihren Erscheinungen ins Antlitz zu sehen, und ganze Völker mußten zu der Erfindung einer imaginären anderen Welt greifen, um das Leben in dieser nur erträglich zu machen oder wenigstens eine Entschädigung für das in ihr Ausgestandene zu haben.

Man ist allgemein zu der Einsicht gekommen, daß die Phantasie im Seelenleben der Hysteriker eine hervorragende Rolle spielt, wie zum Beispiel auch ihre ausgesprochene Neigung zur Tagträumerei beweist. Die Hysterie ist wohl überhaupt das beste Beispiel für eine Phantasieerkrankung. Die Einbildungskraft der Hysteriker übt einen viel größeren Einfluß auf ihre psychischen und physischen Funktionen aus, als es bei dem Normalen der Fall ist, und diese übermäßige Entwicklung der Phantasie auf Kosten der Anpassung an die Anforderungen der Realität muß man als ein wichtiges Merkmal dieser Krankheit betrachten. Es ist nichts Ungewöhnliches, daß bei solchen Kranken einem Phantasieerlebnis die gleiche Bedeutung zukommt wie einem realen. So kann zum Beispiel ein phantasiertes Trauma dieselben schädlichen Wirkungen ausüben wie ein reales, und es ist deshalb praktisch bedeutungslos, ob eine bestimmte traumatische Erinnerung, die durch eine spezielle Untersuchung aus dem Unbewußten erweckt wurde, wirklich mit der Wahrheit übereinstimmt oder nicht, die Wirkung auf den Kranken ist in beiden Fällen die gleiche.

Wenn wir die Wichtigkeit der Einbildungskraft für die Hysteriker erkannt haben, verstehen wir auch die Bedeutung, welche unglückliche Erlebnisse für die Entwicklung ihrer Symptome haben, und das abnorme Ausmaß, in dem sie sich von ihrer Vergangenheit beeinflussen lassen. Die Erklärung liegt darin, daß, wie oben bemerkt, Unglück im realen Leben und besonders das Versagen der Befriedigung verschiedener Wünsche jedem Menschen den Anlaß dazu gibt, sich Glück und Befriedigung in der Phantasie vorzuspiegeln. Es gibt verschiedene Gründe dafür, warum der Patient vor allem in Phantasien aus dem vergangenen Leben Trost sucht: zum Teil liegt es daran, daß sie eine der beiden Möglichkeiten vorstellen, wie man der verhaßten Gegenwart entfliehen kann, nämlich entweder in die Zukunft oder in die Vergangenheit, die letztere ist natürlich die primäre Art, da alle Visionen von der Zukunft letzten Endes aus dem Material aufgebaut sind, das die Erinnerungen an die Vergangenheit liefern. Ein einfaches und sehr typisches Beispiel für die »Flucht vor der Realität« in eine glückliche Vergangenheit geben

gewisse hysterische Delirien, die häufig in Gefängnissen vorkommen, bei denen der Patient sich selbst in die Kindheit zurückversetzt sieht, wo er bei seinen Eltern Schutz und Verzeihung findet [1]. Ein anderer Grund für die oben besprochene Erscheinung liegt in der unvollkommenen Verzichtleistung auf Lustgewinne der Vergangenheit, die für den Hysteriker so charakteristisch ist und die ihn veranlaßt, die Anpassung an eine neue Realität noch auffälliger als der Normale zu vermeiden, ein grobes Beispiel für die Anziehungskraft vergangener Befriedigungsarten liefern die Fälle, in denen Personen nach dem Tode des Ehegenossen alte masturbatorische Gewohnheiten wieder aufnehmen.

Eine kurze Überlegung macht uns klar, daß der wesentliche Inhalt jeder Phantasie ein Wunsch, oder besser, gesagt eine Wunscherfüllung ist. Das trifft sowohl für die phantastischen »Luftschlösser« zu, die wir alle kennen, wie auch für die mehr praktischen, ehrgeizigen Strebungen, die in den Tagträumen so vieler Menschen eine hervorragende Rolle spielen, in der Phantasie lassen sich alle Herzenswünsche befriedigen. Freud bezeichnet die psychischen Vorgänge, welche die Bildung der Symptome bewirken, als Wünsche, wobei er diesen Terminus in einem ziemlich erweiterten Sinn zur Bezeichnung aller Arten von Verlangen, Wünschen und Strebungen gebraucht, deren Befriedigung als ein bestimmtes Ziel vorgestellt werden kann ‹conative trends›. Die Hingabe an ihre imaginäre Befriedigung ist entschieden lustvoll und leidenschaftliche Menschen machen immer wieder die Erfahrung, daß es nicht leicht ist, sich von solchen Phantasien loszureißen und die vielleicht düstere Realität des Augenblicks an ihre Stelle zu setzen. Wir haben hier den Hauptgrund dafür, warum es dem Hysteriker so schwer fällt, alte Phantasien aufzugeben, warum er sich also so stark von seiner Vergangenheit beeinflussen läßt, es liegt an der Schwierigkeit des Verzichtes auf alte Phantasien, besonders wenn die Gegenwart keinen ähnlich lustbetonten Ersatz bieten kann. Eine sorgfältige Analyse der Symptome zeigt, daß sie in verzerrter und auf den ersten Blick undurchsichtiger Gestalt eine imaginäre Befriedigung geheimer Wünsche vorstellen. Sie bedeuten, mit anderen Worten, eine symbolische Wunscherfüllung. Auf die Erklärung, warum sie

[1] Dieses Thema ist sehr eingehend von Sträußler behandelt worden: »Beiträge zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. – Über eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen Puerilismus verlaufende Form.« Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXXII, Heft 1 und 2.

in solcher Entstellung erscheinen sollten, werden wir sofort näher eingehen.

Es ist kaum möglich, die Bedeutung dieses Satzes zu überschätzen, der viele der kompliziertesten Probleme der Hysterie in ein neues Licht rückt. Er erklärt uns z. B. sofort die merkwürdigen Züge, die in dem Abschnitt über allgemeine Behandlung besprochen wurden, nämlich die Art und Weise, in welcher der Patient sich an seine Krankheit klammert, in der er sie ausnützt und Vorteil aus ihr zieht — worin eben der Sinn des Symptoms liegt —, die Häufigkeit, mit der er Symptome zu simulieren oder sogar künstlich zu fabrizieren scheint, und seine unverkennbare Abneigung gegen das Gesundwerden. Er rechtfertigt so in gewissem Maße die feindlich ablehnende Haltung gegen den Kranken, da es sich ja herausstellt, daß er die Symptome zu seinem eigenen Vorteil und Vergnügen produziert. Es wird aber andererseits Nachdruck auf den außerordentlich wichtigen Umstand gelegt, daß fast alle diese Prozesse sich im Unbewußten des Patienten abspielen, ohne daß er die geringste Ahnung von ihnen hat, was selbstverständlich bei der Entscheidung über seine Verantwortlichkeit in Betracht gezogen werden muß. Wir haben hier ein neues Beispiel dafür, wie jede der beiden oben beschriebenen Hypothesen über die Hysterie ein Stück der Wahrheit enthält — dem die ablehnende Einstellung einerseits, die mitfühlende andererseits entspricht — und zwar die zweite Hypothese das größere, daß aber keine die ganze Wahrheit verkörpert. Ferner bringt die hier aufgestellte Behauptung die oben besprochene dynamische und statische Auffassung in Einklang miteinander, denn während sie wie die letztere die Bedeutung der traumatischen Erlebnisse anerkennt, weist sie gleichzeitig nach, daß der verborgene Prozeß, der ihnen diese Bedeutung verleiht, ein dynamischer ist, da er in dem Aufbau von Symptomen aus dem von solchen Erlebnissen gelieferten Material im Dienste überaus starker Strebungen besteht. Es ist kaum notwendig darauf hinzuweisen, daß von unserem jetzigen Gesichtspunkt aus auch die »unangemessenen« Gefühlsreaktionen des Patienten vollkommen verständlich erscheinen, da sie durch Verschiebungen von älteren, in das Unbewußte verstoßenen psychischen Vorgängen bestimmt werden, deren Affekte dazu verwendet werden, die von der aktuellen Situation ausgelösten zu verstärken und zu »übertreiben«.

In einer Krankheit irgend einen Ausdruck von Wunschbefriedigung zu sehen, ist natürlich eine fremdartige Vorstellung, deren Annahme den

Ärzten Schwierigkeiten bereitet, da alle anderen Krankheiten äußerst unerwünschte Vorfälle sind. Es ist nicht leicht einzusehen, wieso ein Leiden Lust bringen und eigens zu diesem Zwecke erzeugt werden kann, noch weniger, wieso irgend ein hysterisches Symptom, wie z. B. eine Lähmung oder ein Krampf, mit irgend einem bestimmten Wunsch in Verbindung zu bringen ist. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß, wie früher betont wurde, die Psychoneurosen sich grundsätzlich sehr von den anderen Krankheiten unterscheiden und die Anwendung der Bezeichnung »Krankheit« auf beide Gruppen von Phänomenen mehr eine Sache der Konvention und Gewohnheit ist, als der Ausdruck für eine Wesensgleichheit. Wir müssen also darauf vorbereitet sein, in diesem Forschungsgebiet auf Einsichten zu stoßen, die mit der gewöhnlichen Medizin nichts gemeinsam haben. Eine Erklärung der Detailbeziehungen zwischen bestimmten Wünschen und den besonderen Symptomen, die aus ihnen hervorgehen, ist unmöglich ohne einen vollständigen Analysenbericht, der uns aber hier zu weit ab auf die nicht therapeutischen Gebiete der Psychopathologie führen würde. Immerhin können uns die folgenden kurzen Betrachtungen einige Aufklärungen liefern.

Ein hysterisches Symptom und die psychischen Vorgänge, die es zustande bringen, sind komplizierte Gebilde, die aus einer großen Anzahl verschiedener Elemente bestehen. Eine genaue Untersuchung zeigt, daß es nicht nur einzelne Vorstellungen und Erinnerungen umfaßt, wie Janet und andere behaupten, sondern einen beträchtlichen Anteil der tiefsten Seelentätigkeiten des Patienten; in manchen Fällen bedeutet die vollständige Auflösung eines einzigen Symptoms die Enthüllung fast des ganzen Seelenlebens des Patienten. Ein Symptom kann so der Ausdruck für mehr als einen Gedanken sein, ebenso wie jede alltägliche Handlung mehr als einem Zweck dienen und von mehr als einem Motiv eingegeben sein kann. Freud bezeichnet diese Bestimmung eines Symptoms durch mehrere Faktoren als »Überdeterminierung«. Manchmal sind die verschiedenen Faktoren, die sich im Symptom treffen, von ganz verschiedener Herkunft, der typischere Fall ist aber, daß sie einfach verschiedene Phasen derselben kontinuierlichen Strebung vorstellen, die durch eine Kette von Assoziationen miteinander verknüpft sind.

Als Analogie aus dem täglichen Leben könnten wir den Fall eines Mannes heranziehen, der einen Freund, welcher eine soziale Verfehlung begangen hat, verteidigt; seine Handlungsweise entspringt dabei nicht nur

dem natürlichen Wunsch, einem Freund zu helfen, sondern auch dem Umstand, daß er sich derselben Versuchung ausgesetzt weiß, und daß es dieser gemeinsame Charakterzug war, der sie anfangs, vielleicht unbewußt, zueinander zog ‹wie es z. B. bei Homosexualität leicht der Fall sein könnte›, er verteidigt also in Wirklichkeit sich selbst. Man sieht hier, wie eng verbunden die verschiedenen Faktoren miteinander sind, und man kann die letzten Ursachen und Motive seines Verhaltens in dem Vorhandensein dieses besonderen Charakterzuges sehen oder, noch genauer, in den verschiedenen Ursachen für diesen Charakterzug; eine vollständige Erklärung seines Verhaltens würde also eine viel ausgedehntere Analyse notwendig machen, als ein oberflächlicher Beobachter oder vielleicht sogar der Mann selbst gedacht hätte. In ähnlicher Weise sieht man bei der Hysterie, daß die verschiedenen Erreger, die ein bestimmtes Symptom hervorbringen, nicht gleichartig sind, sondern sozusagen verschiedenen Schichten angehören; die tiefer gelegenen sind nicht nur älter und gewöhnlich ihrer Bedeutung nach maßgebender, sondern auch dem Bewußtsein schwerer zugänglich und erwecken einen stärkeren »Widerstand«, wenn man sie erforschen will. Bei jeder derartigen Untersuchung ist es nur zu verlockend, in den ersten Stadien haltzumachen, nur die oberen Schichten des Seelenlebens zu durchforschen und sich einzureden, daß man den Fall gründlich aufgeklärt hat. Die Deutung, die man auf solche Weise zustande bringt, wird aber in zwei wichtigen Hinsichten unvollständig sein; sie wird erstens nur bestimmte Seiten des Symptoms betreffen, während andere ebenso unverständlich bleiben wie vorher; und zweitens wird, selbst bei Entdeckung einiger ätiologischer Faktoren, doch nicht aufgeklärt werden, warum diese in einem so ungewöhnlichen Grad pathologisch bedeutsam sind, da die Gründe dafür weiter zurück in der Psychogenese der Faktoren selber liegen. Ein Verfolgen der Untersuchung bis zu ihrem wirklichen Endpunkt erfordert eine fast unermüdliche Energie und Geduld, die unaufhörliche Stellung der Frage »Warum?«, die ewige Unzufriedenheit mit der Endgültigkeit jeder vereinfachenden Erklärung und den festen Entschluß, nicht nur die Ursache der nächsten Ursache, sondern auch noch die Ursache dieser zu entdecken, bis schließlich der ganze Aufbau des Symptoms durchsichtig geworden ist. Dabei hängt aber, wie wir gleich sehen werden, der Erfolg der Behandlung durchaus von der Gründlichkeit dieser Erforschung ab, denn je tiefer liegend die abnorme Tendenz ist, mit der wir uns beschäftigen, desto befriedigender

ist das Resultat im Vergleich zu dem, das sich bei einer Beschränkung auf die späteren Abkömmlinge derselben Tendenz ergibt, wir haben hier denselben Unterschied wie im Falle eines rätselhaften Abszesses zwischen einem Einstich in einen oberflächlichen Eiterherd und einer gründlichen Öffnung und Entleerung der ganzen Reihe kommunizierender Höhlungen.

Diese Überdeterminierung der hysterischen Symptome steht offenbar auch in einem bestimmten Zusammenhang mit der Frage des Lebensalters, in dem die verschiedenen pathogenen Faktoren sich entwickelt haben. Freud stellt als Resultat seiner Erfahrungen die Behauptung auf, daß jedes solche Symptom sich auf Abweichungen von der normalen Entwicklung zurückführen läßt, die in der frühesten Kindheit, gewöhnlich in den ersten drei Lebensjahren und immer vor Beendigung des fünften vorgefallen sind. Wenn bestimmte Triebabirrungen nicht vor diesem Alter ausgebildet worden sind, dann können alle späteren Erlebnisse nicht mehr zur Bildung von hysterischen Symptomen führen. Die Bedeutung dieser Erwägung für eine Prophylaxis während dieser frühesten Kinderjahre liegt auf der Hand und wird noch besonders behandelt werden. Sie steht auch in Beziehung zu dem Problem der Erblichkeit, mit der man gewöhnlich jede psychische Abweichung zu erklären versucht, deren Beginn man nicht erinnern kann, wobei die Existenz der bedeutungsvollen ersten Kinderjahre, für die gewöhnlich eine Amnesie besteht, überhaupt ganz außer acht gelassen wird.

Wir wollen in nächster Linie einiges über die Entstellung sagen, der ein Wunschkomplex unterworfen wird, ehe er sich als Symptom äußern kann. Wir haben oben als charakteristische Merkmale eines solchen Komplexes angeführt, daß er sich in dem Zustand der »Verdrängung« befindet, daß er unbewußt — darum aber nicht weniger wirksam — ist und Elemente enthält, die mit den bewußten Moral- und Anstandsbegriffen des Patienten unvereinbar sind. Diese Merkmale werden uns jetzt verständlicher, nachdem wir den infantilen Ursprung solcher Komplexe erkannt haben. Das kleine Kind hat im Anfang keine Moral und kein Anstandsgefühl, es ist zwar nicht unmoralisch, aber ausgesprochen amoralisch und ein großer Teil seiner frühen Erziehung besteht in der Erwerbung der verschiedensten Moralbegriffe des Erwachsenen. Es beschäftigt sich viel intensiver als die Erwachsenen, die diese Periode ihres Lebens vergessen haben, vermeinen, mit körperlichen Funktionen, deren Erwähnung in der guten Gesellschaft verpönt ist, gibt sich Neigungen

hin, die man bei Erwachsenen bestimmt als widerlich bezeichnen würde, und denkt in seinem erwachenden Wissensdurst über Fragen nach, für die man seinem Alter allgemein noch kein Interesse zutraut; was seine Ethik betrifft, so ist der Egoismus des Kindes, sein Verhalten in Fragen des Eigentums und der Besitzergreifung und seine Mißachtung der Rechte der anderen sprichwörtlich geworden. Man kann sagen, daß der Hysteriker viele der normalen infantilen Züge in einem abnormen Grade beibehält, wenn auch natürlich durch Erziehungseinflüsse bedeutend in ihren Äußerungen abgeändert; er ist, wie der wohlbekannte Held des jugendlichen Dramas »nie erwachsen geworden«.

Die verdrängende Kraft der Zensur, die von der Erziehung ausgeht, ist zwar stark genug, um jede direkte Äußerung der ursprünglichen Tendenzen zu verhindern, aber nicht imstande, ihren Drang nach Äußerung überhaupt zu vernichten. Das Resultat des Konfliktes zwischen diesen beiden Kräften ist ein Kompromiß; die Zensur gestattet sozusagen unter Protest eine Form der Äußerung, welche die ursprüngliche Tendenz, aber in verkleideter Form, verkörpert. Diese Kompromißbildungen ergeben die Symptome und müssen als Ersatzbildungen betrachtet werden, welche an die Stelle der verdrängten Wunscherfüllung treten. Diese Bildung bedeutet zum Teil ein Versagen, zum anderen Teil einen Erfolg der verdrängenden Kräfte, die wir der Kürze halber als »Zensur« bezeichnen; einerseits mißlingt ihr Bestreben, jede Äußerung der verdrängten Wünsche zu verhüten, andererseits aber gelingt es ihr, alle derartigen direkten Äußerungen zu verhindern.

Die Symptome sind also, mit einem Wort, symbolische Wunscherfüllungen, denen man ansieht, daß sie eine Zensur passiert haben. Die Wirkung der letzteren läßt sich gut mit der Wirkung der sozialen Zensur in der guten Gesellschaft vergleichen. In englischen Gesellschaftskreisen z. B., wo die Damen keine Beine haben dürfen, sprechen sie wenigstens von limbs ⟨Gliedern⟩ und gestehen zu, daß ihre Sessel und Klaviere »supports« ⟨Stützen⟩ haben; jeder Arzt hat schon die Magengegend als »chest« ⟨Brust⟩ bezeichnen gehört, den Bauch als »stomach« ⟨Magen⟩ und die Genitalien als »the side« ⟨Seite⟩. In dieser Art ist es gestattet, über ein an sich unanständiges Thema zu sprechen, wenn man nur indirekt und vorsichtig genug mit Hilfe passender Umschreibungen darauf anspielt. Die hysterischen Symptome sind eben solche unbewußt gemachte Anspielungen, die erst verständlich werden, wenn man sie in ehrliche Sprache

überträgt. Je verpönter das Thema oder je strenger die Zensur, desto verhüllter und indirekter muß auch natürlich die Form der Äußerung sein, wenn sie gestattet werden soll, das heißt in psychologischer Ausdrucksweise, je stärker die Verdrängung, desto oberflächlicher die Assoziation zwischen dem verdrängten Komplex und seiner bewußten Äußerung. Ein Komplex, der nur in Krankheit, Unfähigkeit und Leiden seinen Ausdruck finden kann, muß an sich bedeutungsvoll wie auch ungewöhnlich intensiv verdrängt sein, und es ist daher vollständig einzusehen, warum die meisten Zusammenhänge, in denen sich die Symbolik äußert, dem Gesunden gezwungen oder selbst bei den Haaren herbeigezogen erscheinen. Im folgenden ein Beispiel für einen solchen Zusammenhang: verschiedene verdrängte Gedankengänge, die sich auf das männliche Geschlechtsorgan beziehen, können sich im Bewußtsein durch bestimmte übertriebene Affektäußerungen, besonders Angst, in bezug auf Schlangen verraten, die zum Ersatz oder Symbol für die erstgenannte Vorstellung werden. Nun wird der normale Durchschnittsmensch, wenigstens bewußt, wahrscheinlich keinen Vergleich zwischen den beiden Vorstellungen ziehen und die Ähnlichkeiten zwischen ihnen werden ihm kaum auffallen, wenn man ihn nicht auf sie aufmerksam macht; ferner wird er die Affekte, die an die erstgenannte Vorstellung gebunden sind, wahrscheinlich genügend beherrschen, um zu verhindern, daß sie, selbst unbewußt, mehr als in einem gewissen Grad auf die zweite ausstrahlen. Für jemanden aber, der einen sehr intensiven Affekt mit der ersten Vorstellung verbindet, wird die Ähnlichkeit zwischen ihr und der zweiten groß genug sein, um eine enge unbewußte Assoziation zwischen den beiden herzustellen, die den Affekt von der ersten auf die zweite überfließen läßt. Die wirklichen Ähnlichkeiten liegen offenbar in der Gestalt im allgemeinen, in dem Vorhandensein eines besonders abgesetzten Kopfes, in der Fähigkeit zur Streckung, dem zeitweiligen Auswurf einer hellen Flüssigkeit — ein Vorgang, der von ernsten Folgen begleitet ist —, der anschleichenden Art des Angriffs und anderen, beiden Objekten gemeinsamen, tückischen Zügen. Dieselbe symbolische Beziehung hat auf niedrigeren Zivilisationsstufen als der unseren mehr Eindruck gemacht, denn in den früheren Religionen der ganzen Welt ist die Schlange als das gebräuchlichste phallische Symbol verehrt und angebetet worden, wovon uns in Aberglaube und Folklore noch die verschiedensten Beweise als Überreste erhalten geblieben sind.

Die Mechanismen, mittels derer ein verdrängter Komplex im Bewußtsein durch eine bestimmte Gruppe psychischer Vorgänge symbolisiert wird, sind genau untersucht worden und heute bis in die Einzelheiten bekannt. Die tatsächlich angenommene Erscheinungsform hängt nie vom »Zufall« ab, sondern wird durch besondere Faktoren bedingt, die sich aus den Erlebnissen und Phantasien des Individuums ergeben; sie sind selten bei zwei verschiedenen Menschen die gleichen. Ein näheres Eingehen auf dieses ausgedehnte Gebiet ist hier aber nicht möglich, und ich muß den Leser in dieser Beziehung auf die Literatur über die nicht-therapeutischen Seiten der Psychopathologie verweisen.

Die Kenntnis der Gründe für die Entstellung bei der Äußerung unbewußter Komplexe verhilft uns auch zu dem Verständnis der verwirrenden Erscheinung, daß ein deutlich schmerzbereitendes Symptom trotzdem dem Patienten gleichzeitig Lust bringen kann. Dabei müssen wir vor allem drei wichtige Punkte bedenken. Erstens, daß die Lust oder Befriedigung in der Hauptsache unbewußt ist, da es vor allem vergrabene und heimliche, bewußtseinsfremde Wünsche sind, die ihre Befriedigung finden. Zweitens, daß das hysterische Symptom keine reine Wunscherfüllung ist, sondern ein Kompromiß zwischen einer solchen und den verdrängenden Kräften; während sich also die Befriedigung auf den unbewußten Wunsch bezieht, entsteht das Leiden zum größten Teil aus dem Konflikt zwischen ihm und hemmenden Kräften wie Scham, Furcht, Ekel etc., die den oberen und mehr bewußten Schichten des Seelenlebens entstammen. Drittens, daß Leiden an sich oft etwas Lustvolles ist. So findet sich z. B. die sexuelle Perversion, die in dem Wunsch zu leiden und einer Lust am Schmerz besteht ‹Masochismus›, in größerem oder geringerem Maße auch beim Normalen und die Redensart »im Leiden schwelgen« zeigt, wie allgemein bekannt diese Tendenz ist; sie ist bei Frauen deutlicher als bei Männern und bei der Hysterie abnorm gesteigert.

Wir müssen uns nun die Frage stellen, auf welche Weise diese symbolische Beziehung, von der wir bis jetzt nur die psychische Seite kennen gelernt haben, sich in körperlichen Erscheinungen äußern kann, wie z. B. in den physischen Symptomen der Hysterie, Schmerzen, Lähmungen etc. Nun tritt kein Affekt ohne somatische Begleiterscheinungen auf, wie z. B. die Muskelspannung des Zornes, das Zittern der Furcht etc. zeigen, und außer der Sprache haben wir nur die verschiedenen Körperbewegungen, als Mittel, um psychische Vorgänge äußerlich zum Ausdruck zu bringen.

Diese Bewegungen stehen immer mit den entsprechenden Vorstellungen in Zusammenhang, und wenn solche Vorstellungen von einem Komplex assimiliert werden, kann er in ihnen seinen symbolischen Ausdruck finden. In diesem Fall kann eine bestimmte Bewegung, z. B. das Gehen, zur Darstellung eines Komplexes dienen, mit dem die der Bewegung entsprechende Vorstellung indirekt verbunden ist, etwa die Unfähigkeit — den Darm in Bewegung zu setzen. Physiologisch ausgedrückt heißt das, daß eine Triebregung, die in ihrer normalen Äußerung gehemmt wird und sonst in den Zeichen einer Gemütsbewegung ihren Ausdruck fände, andere Nervenbahnen einschlägt und die den letzteren angemessenen motorischen Wirkungen hervorbringt. Ein hysterisches Symptom benimmt sich also wie ein Mensch, der drohend die Fäuste ballt, ohne Zorn zu verspüren, da der Affekt eben abgespalten und unbewußt geworden ist.

Freud gebraucht den Terminus »Konversion«, um diesen Ersatz einer psychischen durch eine physische Äußerung zu bezeichnen, und beschreibt den bekannten Hysterietypus, bei dem die körperlichen Symptome vorherrschen, als »Konversionshysterie«. Er ist der Ansicht, daß sich bei der Hysterie ein besonderes »somatisches Entgegenkommen« findet, das die Konversion leichter als beim Normalen zustande kommen läßt, dieser Vermutung kann man die verwandte Tatsache an die Seite stellen, daß bei solchen Patienten die körperlichen Prozesse in ausgiebigerem Maße durch psychische und besonders affektive Faktoren beeinflußt werden als es bei dem Normalen der Fall ist, wie wir schon im Zusammenhang mit den hypnotischen Erscheinungen besprochen haben. Er findet auch, daß häufig eine besondere Predisposition eines bestimmten Körperteiles zur Abfuhr der in eine abnorme Bahn gedrängten Energie vorhanden ist. Die Wahl des einzelnen Symptoms wird so nicht ausschließlich durch die vorhandenen psychischen Assoziationen oder Symbolbeziehungen determiniert, sondern auch durch die Anziehung, die ein bestimmter empfindlicher Körperteil, der vielleicht defekt oder wirklich erkrankt ist, auf die in Betracht kommenden symbolischen Prozesse ausübt. Wenn z. B. der verdrängte Komplex auf irgend eine Weise durch die Vorstellung des Gelähmtseins symbolisiert werden kann, so wird diese Art der Darstellung umso eher dann gewählt werden, wenn der Patient schon ein lahmes Bein hat. Diese Entdeckung stimmt auch vollkommen mit der allgemeinen Erfahrung überein, denn die lokalen Veranlassungen der Hysterie sind so wohlbekannt, daß viele Ärzte und besonders Chirurgen vor allem

ihnen ihre Aufmerksamkeit zuwenden und die wichtigeren psychischen Ursachen verhältnismäßig vernachlässigen.

Wir haben oben bemerkt, daß die ursprünglichen Wünsche und Phantasien, denen letzten Endes die Erzeugung der hysterischen Symptome zuzuschreiben ist, von intimer Natur sind und unvereinbar mit den bewußten ethischen und moralischen Begriffen des Patienten. Wir dürfen uns infolgedessen nicht darüber wundern, daß psychosexuelle Faktoren eine hervorragende Rolle in der Pathogenese der Krankheit spielen, umsomehr, da die Phantasie überhaupt ihrem ganzen Wesen nach ontogenetisch nahe mit dem Sexualtrieb verknüpft ist, während andererseits keinerlei psychische Prozesse einer ähnlich intensiven Verdrängung und Entstellung unterliegen, wie die mit der Sexualität zusammenhängenden. Es ist wenig wirklich Neues an der Aufstellung dieser einfachen Behauptung, der man tatsächlich schon seit dem Beginn der medizinischen Wissenschaft nahe war und die in der Bezeichnung »Hysterie« selber enthalten ist. Freud hat die Behauptung formuliert, daß jedes hysterische Symptom auf einen verdrängten sexuellen Wunsch aufgebaut ist, und damit in einer Zeit, die, wie die unsere, bemüht ist, die Sexualität auf den kleinsten möglichen Raum zu beschränken, einen Sturm von Schmähungen und Einwendungen gegen sich entfesselt. Diejenigen aber, die scharf zwischen moralischen und wissenschaftlichen Leitsätzen zu unterscheiden verstehen, und jeder Art ihr bestimmtes Gebiet zuweisen, sehen ein, daß die Wahrheit dieser Behauptung durch den Beweis, den die Tatsachen liefern, entschieden werden muß, und nicht durch a priori gefaßte Vorurteile, und kein Forscher, der die Tatsachen, auf welche Freud seine Behauptung gründet, eingehend und vorurteilslos geprüft hat, konnte anders tun als ihre Richtigkeit bestätigen. Freud gibt natürlich zu, und es scheint notwendig das zu betonen, daß auch viele andere Arten von pathogenen Faktoren bei der Entwicklung jedes Hysteriefalles mitspielen, aber er behauptet, daß der psychosexuelle der spezifische und einzig unerläßliche ist.

Zahlreiche Mißverständnisse sind durch den erweiterten Sinn, in dem Freud den Terminus »sexuell« gebraucht, und durch seine allgemeine Auffassung der Sexualität entstanden, ein Thema, das wir hier aber nur ganz kurz berühren können, der Leser wird auf die diesbezüglichen speziellen Schriften verwiesen. Freud beschränkt die Anwendung der Bezeichnung Sexualität nicht nur auf Vorgänge, welche der Fortpflanzungsfunktion dienen, sondern dehnt sie auch auf Handlungen, wie zum Beispiel

die Masturbation aus, deren hauptsächliche Funktion offenbar die Herbeiführung einer besonderen Form von Befriedigung und Lust ist. Worin die Besonderheit dieser Form von Befriedigung und der in ihr enthaltenen Empfindung besteht, ist vielleicht nicht leicht zu definieren, jeder normale Mensch ist aber so vertraut mit ihr, daß eine genaue Definition überflüssig wird.

Man kann hier die Frage stellen, wie sich diese sexuelle Theorie der Hysterie mit dem Nachdruck vereinen läßt, den wir oben auf den infantilen Ursprung der krankheitsbildenden psychischen Vorgänge, Phantasien etc. gelegt haben. Man ist in wissenschaftlichen Kreisen noch immer der Ansicht, daß Sexualität so gut wie gleichbedeutend mit der Fortpflanzungsfunktion ist, also nicht in den Jahren vorhanden sein kann, in denen die Möglichkeit zur Erfüllung dieser Funktion noch nicht gegeben ist, wie in den Jahren vor der Pubertät. Freud verwirft aber im Gegensatz dazu diese teleologische Definition und behauptet, daß der Sexualtrieb nicht plötzlich in diesem Alter als eine neue Erscheinung zutage tritt, wie man allgemein annimmt, sondern daß seine in dieser Periode angenommene Gestalt sich langsam aus rudimentären Elementen entwickelt, die schon in den frühesten Kinderjahren vorhanden waren. Nach ihm fehlt die Sexualität im Kindesalter nicht, sie tritt nur anders auf, ist unvollkommen organisiert und ihren späteren Funktionen noch nicht angepaßt. Aber diese andere für die Kindheit charakteristische Form verdient die Bezeichnung »sexuell« ebensowohl wie die der Erwachsenen. Die infantile Sexualität hat ebenso wie die des Erwachsenen psychische und physische Äußerungen. Beispiele für die ersteren sind Zuneigung und Eifersucht im Verhältnis zu dem entgegengesetzten Geschlecht, Neugier in bezug auf sexuelle Dinge und verschiedene Phantasien und Gelüste, auf deren allgemeine Bedeutung wir oben hingewiesen haben. Auf der physischen Seite finden wir das Empfinden und Streben nach lustvollen Sensationen sexueller Natur, die anfangs überall am Körper auftreten können, da das Supremat der Genitalzone in dieser Beziehung noch nicht aufgerichtet ist. Gewisse Gebiete sind von Anfang an empfindlicher als andere, ihnen ist der Name »erogene Zonen« beigelegt worden. Unter ihnen spielen die verschiedenen Körperöffnungen die größte Rolle, besonders die Öffnung des Harnkanals und die des Verdauungskanals, eine Körperöffnung behält ihre offenkundige sexuelle Bedeutung auch im Leben der Erwachsenen bei, wie das Phänomen des Küssens zeigt.

Die Funktionen, die mit diesen Körperöffnungen zusammenhängen, erwecken leicht besondere lustvolle Sensationen, deren Intensität und Eigenart sich nicht nur aus der physiologischen Bedeutung der Funktionen selber erklären lassen, ebenso wie die Erwachsenen verschiedene Delikatessen nicht nur des Stoffwechsels halber zu sich nehmen, sondern wegen ihres angenehmen Geschmackes, saugt auch ein kleines Kind nicht nur dann an einem Gummilutscher, wenn es hungrig ist, sondern auch im Zustand der Sättigung, wegen der lustvollen Sensationen, die diese Tätigkeit begleiten.

Diese Menge der anfänglichen lustvollen Betätigungen und Sensationen unterliegt infolge der Entwicklung und Erziehung tiefgehenden Veränderungen. Nur ein Teil von ihnen wird ausgewählt und umgeformt, um so den späteren Sexualtrieb im eigentlichen Sinne zu bilden. Der größere Teil wird als unvereinbar mit den sozialen Gebräuchen und den ästhetischen und moralischen Begriffen befunden und gerät dadurch in Konflikt mit den verschiedenen Hemmungen, die von diesen Ansprüchen ausgehen. Das Resultat dieses Konflikts ist, daß die primitiven Triebregungen »verdrängt«, begraben und vergessen werden, und mit ihnen die meisten anderen, zeitlich damit verknüpften psychischen Vorgänge verschwinden. Freud löst auf diese Weise das Problem der normalen Kindheitsamnesie in einem mit dem der hysterischen Amnesie, beide gehen auf den Prozeß der Verdrängung zurück. Diese verdrängten Triebregungen sind aber nicht erloschen — das Vernichten alter Wünsche ist viel schwieriger als man gewöhnlich annimmt — sondern setzen ihr Streben nach Befriedigung das ganze Leben hindurch fort, wobei sie eine unterirdische Existenz in den Gebieten des Seelenlebens führen, die von dem Bewußtsein gänzlich abgespalten sind, nämlich im »Unbewußten«. Infolge der andauernden und automatischen Wirksamkeit der hemmenden Kräfte ist es ihnen nicht möglich, eine direkte Befriedigung zu erreichen, so daß sie genötigt sind, nach indirekten, symbolischen Ausdrucksmitteln zu suchen. Die ihnen zugehörige Energie wird in diese sekundären, eher zulässigen Arten der Betätigung übergeleitet, und gibt so eine große Komponente für die menschlichen Bestrebungen ab, die zu allgemeinen, sozialen und kulturellen Interessen und Entwicklungen führen. Diesen Vorgang der Energieübertragung von einem verdrängten sexuellen auf ein sozial zulässiges und nützliches Ziel bezeichnet Freud mit einem der Chemie entlehnten bildlichen Ausdruck als »Sublimierung«. Unter bestimmten Umständen gelingt

der Versuch zur Sublimierung der primitiven Triebe nur unvollständig Mißlingt er ganz, so bleibt als Resultat irgendeine Form von manifesten sexuellen Perversionszuständen zurück, deren Sinn immer rätselhaft gewesen war, bis Freud zeigte, daß sie nur eine Übertreibung oder Entstellung der einen oder anderen infantilen Sexualkomponente vorstellen. Bei der Hysterie mißlingt der Verdrängung die normale Sublimierung der primitiven Impulse zu sozialen Betätigungen, so daß kein vollständiger Verzicht auf die alten lustvollen Tendenzen zustande kommt. Wir wissen nicht, ob dieser Mißerfolg auf die ungewöhnliche Stärke der fraglichen Impulse oder auf eine ungenügende Entwicklung der hemmenden Kräfte zurückzuführen ist, wahrscheinlich wirken beide Momente gemeinsam. Das letztgenannte kann man etwa durch das Verziehen der Kinder erläutern, das so oft eine Hysterie zur Folge hat, da es ja eine unzureichende Gewöhnung des Kindes an die von der Gesellschaft geforderten Einschränkungen bedeutet. Andererseits ist das Mißlingen der Verdrängung aber kein vollständiges. Ihr Einfluß ist noch immer stark genug, um eine Äußerung der Impulse in ihrer ursprünglichen Form zu verhüten und um sie zu zwingen, indirektere Ausdrucksmittel anzunehmen. Der Kompromiß zwischen dem Impuls und der Verdrängung führt nun, wie oben auseinandergesetzt, zu der Bildung der wirklich zu beobachtenden hysterischen Symptome[1].

## Therapeutische Anwendung.

Wir müssen im folgenden daran gehen, uns mit den Konsequenzen dieser Theorie für die Therapie der Hysterie zu beschäftigen. Das Hauptproblem besteht offenbar in der Frage, wie die irregeleitete Energie, die in den hysterischen Symptomen Verwendung findet, in nützliche Bahnen gelenkt werden kann. Dieses Ziel erinnert uns an das der Ablenkungsmethode, die Art seiner Erreichung ist aber in den beiden Fällen von Grund auf verschieden. Bei der Ablenkungsmethode hofft man, daß die Symptome sich durch soziale Interessen ersetzen werden, wenn man dem Patienten nur die Gelegenheit zur Betätigung der letzteren bietet, macht aber keinen ernsthaften Versuch, die Energie zu veranlassen,

[1] Die Sublimierung selber ist auch eine Kompromißbildung, die sich aber sowohl qualitativ wie quantitativ von den für die neurotischen Symptome charakteristischen unterscheidet.

sich von der einen Bahn ab- und der anderen zuzuwenden. Es ist für unser Verständnis wichtig, zu erkennen, daß die Symptome und die sozialen Betätigungen, welche die Heilung bedeuten, beide aus derselben Quelle gespeist werden, daß also die Energie, die sich in den ersteren äußert, tatsächlich auf die letzteren übergeführt werden muß. Es ist klar, daß die Mängel der früher beschriebenen Methoden in ihrer Unfähigkeit liegen, diese Energie freizumachen, die in ihrer ursprünglichen und unzureichend angepaßten Form gebunden ist. Es ist das oberste Ziel der psychoanalytischen Behandlungsmethode, diese Ablösung zustande zu bringen und dadurch die Energie freizumachen, die dann in der normalen Weise sublimiert werden kann.

Freud hat durch Erfahrung gefunden, daß der einzig wirklich befriedigende Weg zur Erreichung dieses Zieles darin besteht, die verdrängten, vergrabenen Wünsche, welche den Ursprung der pathogenen Triebregungen bilden, bewußt zu machen und dadurch die Existenz der Ersatzbildungen, nämlich der Symptome, überflüssig werden zu lassen. Wenn das erreicht ist, gehen bestimmte psychische Veränderungen vor sich. Affekte, die früher aufgestaut und an einen bestimmten Komplex gebunden waren, werden jetzt freigemacht und auf das Seelenleben des Kranken verteilt, so daß sie ihre übermäßige Intensität verlieren. Unlogische Verschiebungen eines Affektes werden dadurch richtiggestellt, daß man ihn auf seinen eigentlichen Ursprung zurückführt, die früher beschriebenen unangemessenen Gefühlsreaktionen und das unangebrachte Benehmen der Kranken verschwinden daraufhin. Das letzte und wichtigste Ergebnis ist aber, daß der verdrängte Komplex zum erstenmal der direkten Beeinflussung durch zahlreiche bewußte Überlegungen zugänglich wird und dadurch mit dem übrigen Seelenleben des Kranken verschmolzen und in Einklang gebracht werden kann. Der wesentliche Punkt, den wir hier erfassen müssen, ist, daß das Bewußtsein einen psychischen Prozeß, der selber bewußt ist, viel besser beurteilen und beherrschen kann als einen unbewußten. Wir können im alltäglichen Leben dieselbe Erscheinung beobachten, allerdings in verkleinertem Maßstab, da es sich gewöhnlich um Dinge handelt, die unserer bewußten Aufmerksamkeit nur um ein Geringes entrückt sind, so daß die Veränderung, die entsteht, weniger auffallend ist; wir vermeiden nämlich viele störende kleine Gewohnheiten und gedankenlose Handlungen, wenn unsere Aufmerksamkeit einmal auf sie gelenkt wird, oder wenn wir einmal erkannt haben, was uns früher

an ihnen entgangen ist. Alle diese Erscheinungen lassen sich in dem Satz zusammenfassen, daß ein unbewußter Komplex sich notwendigerweise in einem Zustand von Abspaltung befindet, was eine psychische Disharmonie bedeutet, während seine Überführung in das Bewußtsein seine Verschmelzung zur Folge hat, also psychische Harmonie[1].

Freud verficht deshalb streng das therapeutische Prinzip, das wir weiter oben in diesem Kapitel besprochen haben, nämlich daß die Verschmelzung und bewußte Assimilation der abgespaltenen Elemente das erstrebenswerte Ziel vorstellen. Der Leser wird bereits gemerkt haben, daß die Durchführung dieser Aufgabe viel schwieriger ist als manche Autoren angenommen haben, Freud aber war durch sein tieferes Verständnis für die Natur der Hindernisse, die sich ihr entgegenstellen, besser als andere imstande, Mittel zu ihrer Bewältigung zu finden. Er merkte bald, daß die verstandesmäßige Kenntnis der Komplexe für den Patienten etwas ganz anderes war als ihre Bewußtseinsassimilation, die eine viel mehr affektive als intellektuelle Angelegenheit ist, es ist derselbe Unterschied wie zwischen einer flüchtigen Bekanntschaft und einer langen intimen Freundschaft. So wie bei dieser Analogie gibt es bei der Aufnahme eines verdrängten Komplexes in das Bewußtsein Gradunterschiede mit unzähligen Abstufungen, und die Herbeiführung der vollständigen Assimilation ist oft eine äußerst schwierige Aufgabe. Diese Überlegung wird von den Ärzten, die sich in der Anwendung der Psychoanalyse versuchen, nicht immer richtig gewertet und die Schwierigkeiten nur zu häufig unterschätzt.

Bei der Psychoanalyse wird die Assimilation der pathogenen Komplexe nicht durch einen besonderen Einfluß herbeigeführt, wie Morton Prince und andere es versuchen, sondern man rechnet damit, daß sie sich automatisch vollziehe, nachdem die Hindernisse, die sich ihr entgegengestellt haben, aus dem Wege geräumt sind. Diese Hindernisse bestehen, wie oben bemerkt, in verschiedenen »Widerständen«, welche den Komplexen und vor allem dem affektiven Anteil an ihnen, den Zutritt zum Bewußtsein versagen, und Freud nimmt infolgedessen das Überwinden dieser Widerstände als seine wichtigste Aufgabe in Angriff. Seine Technik hat im Laufe ihrer Entwicklung während der

[1] Über die Art, wie das Bewußtmachen die Unzulässigkeit und die Abspaltung eines Komplexes abändert, siehe meine »Papers on Psycho-Analysis«, 2. Aufl., 1918, p. 304, 305.

letzten zwanzig Jahre tiefgehende Veränderungen und Verbesserungen erfahren und er betrachtet diese Entwicklung noch keineswegs als abgeschlossen. Ursprünglich ging er in der Weise vor, daß er ein Symptom nach dem anderen in Angriff nahm und seine Enstehungsgeschichte zu verfolgen suchte. Er fand aber bald, daß die pathogenen Ursachen der verschiedenen Symptome unlösbar miteinander verknüpft waren, so daß dieses Verfahren sich als undurchführbar oder doch als ungeeignet erwies. Seine spätere Technik bestand darin, die Symptome beiseite zu lassen, sich in der Reihenfolge der Erforschung ausschließlich von der spontanen Seelentätigkeit des Patienten führen zu lassen und sich so die Aufgabe zu stellen, früher oder später das ganze Unbewußte ans Licht zu bringen. Dabei lenkte er anfangs seine Aufmerksamkeit auf die Entdeckung von Anhaltspunkten in dem vorgebrachten Material, die ihn auf die Komplexe selber hinweisen könnten, in späterer Zeit aber ging er statt dessen direkt an die Überwindung eines Widerstandes nach dem anderen in der Reihenfolge ihres Auftauchens, im Vertrauen darauf, daß der zugrunde liegende Komplex bewußt werden würde, sobald die schützenden Widerstände gefallen waren.

Die psychoanalytische Methode verwendet je nach den Bedürfnissen des Augenblicks eine Anzahl verschiedener Verfahren. Das wichtigste Prinzip aber, auf dem sie alle beruhen, bleibt die Grundregel der »freien Assoziation«. Der Patient wird dazu angehalten, unbedenklich alles auszusprechen, was ihm gerade einfällt, ohne Rücksicht darauf, wie unzusammenhängend, nicht dazugehörig oder unwichtig die einzelnen Gedanken ihm vorkommen mögen. Er muß sich soweit als möglich jeder derartigen Kritik enthalten, muß darauf verzichten, seine Gedanken in eine bestimmte Richtung zu lenken oder aus ihr abzuberufen und seine Aufmerksamkeit ausschließlich darauf konzentrieren, die Gedanken, die ihm einfallen, zu beachten und auszusprechen. Wenn die übliche Lenkung der Gedanken, wie sie beim gewöhnlichen Gespräch oder Nachdenken vor sich geht, beseitigt wird, findet man, daß die Gedankengänge statt dessen von den verschiedenen unbewußten Komplexen, die momentan die Oberhand haben, geleitet werden. Diese kommen zwar nicht direkt zum Ausdruck, verraten sich aber durch eine Reihe von Anzeichen, hauptsächlich affektiver Natur, in deren Beobachtung der Psychoanalytiker geübt ist. Der Patient ist gewöhnlich nicht imstande, den Sinn der Gedanken zu durchschauen, die ihm einfallen, wenn er sich einem

verdrängten Komplex nähert, da die Wirksamkeit der Zensur seinen Blick für den Komplex trübt, für den außenstehenden Beobachter aber wird dieser Sinn oft deutlich genug. Die Einfälle des Patienten kreisen fortwährend um den wunden Punkt, sie bringen immer neue Anspielungen auf ihn, verraten auf diese Weise, was sich bei ihnen im Hintergrunde verbirgt, und liefern so dem Beobachter eine Reihe von untrüglichen Anhaltspunkten. Es ist nicht schwer, sich vorzustellen, daß durch die gehäufte Erfahrung, die Fähigkeit des Arztes geschärft wird, derartige Äußerungen zu deuten und das Wesen der unlustvollen Komplexe, deren Vorhandensein so verraten wird, zu erkennen. Man wird auf diese Weise instand gesetzt, die Art des Widerstandes, der in dem Seelenleben des Patienten wirksam ist, richtig einzuschätzen, dem Kranken bei seiner Überwindung zu helfen und dadurch das Bewußtmachen der verdrängten Komplexe zu veranlassen.

Während der Analyse sollte das Verhalten des Arztes die notwendige Ergänzung zu dem von dem Patienten geforderten bilden. Auch er muß seine Beurteilung und das aktive Nachdenken ausschalten und eine passive, gleichmäßig beobachtende Einstellung annehmen. Die Deutung des von dem Patienten gelieferten Materials, die verborgenen Zusammenhänge zwischen aufeinanderfolgenden, aber scheinbar zueinander beziehungslosen Einfällen, die allgemeine Würdigung des Sinnes aller Beobachtungen, sind alle nicht das Resultat der gewöhnlichen Beurteilung oder des aktiven Nachdenkens, sondern vollziehen sich beim Arzt automatisch und selbstverständlich, vorausgesetzt, daß sein Denken nicht durch ähnliche Widerstände gehemmt ist, wie sie bei dem Patienten wirksam sind. Daraus folgt, daß der Analytiker selber als Vorbereitung die gleiche Selbsterziehung und Analyse durchmachen muß, der er dann seine Patienten unterwerfen will. Er muß gründliche Einsicht in sein eigenes Seelenleben haben, um alle etwa vorhandenen abirrenden oder pathologischen Triebregungen zu beherrschen und gegen alle Widerstände gesichert zu sein, welche den freien Ablauf der seelischen Vorgänge in ihm selbst stören könnten, wenn es sich um Themen handelt, die ihm nahegehen oder ihn persönlich betreffen.

Eine Quelle, die besonders wertvolles Material für die Analyse liefert, ist das Studium der Träume und die Durchführung einer Analyse ist für jeden Arzt eine unmögliche Aufgabe, der sich nicht schon durch Erfahrung mit der Technik der Traumdeutung vertraut gemacht hat.

Freud hat gezeigt, daß der Traum ‹bei Normalen wie bei Abnormen› nicht das sinn- und bedeutungslose Phänomen ist, für das man ihn gewöhnlich hält, sondern ein vollgiltiges psychisches Gebilde, das nach bestimmten Gesetzen aufgebaut ist und die intimsten und bedeutungsvollsten Gedanken der betreffenden Persönlichkeit enthält. Der Aufbau eines Traumes weist außerordentliche Ähnlichkeiten mit dem eines hysterischen Symptomes auf, beide kommen durch die gleichen psychischen Mechanismen und Symbolismen zustande, sie sind das Ergebnis eines Kompromisses zwischen verdrängten Triebregungen und der endopsychischen Zensur, stehen in enger Beziehung zu dem infantilen Typus der Sexualität, stellen die imaginäre Befriedigung verdrängter unbewußter Wünsche vor und entspringen in vielen Fällen tatsächlich den gleichen Quellen. Ebenso wie bei den Symptomen muß der manifeste Inhalt, der erinnerte Traum, erst auf den latenten Inhalt, die verborgenen Gedanken, die den Traum entstehen ließen, zurückgeführt werden, ehe man seinen wirklichen Sinn erkennen kann, der Vorgang erinnert in etwas an die Übersetzung aus einer schwer verständlichen fremden Sprache. Die Ähnlichkeit zwischen Träumen und hysterischen Symptomen, ihr gemeinsamer Ursprung und andere Umstände, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, machen die Untersuchung der Träume zu dem wertvollsten Mittel, das wir zur Erforschung des Unbewußten der Kranken besitzen. Für weitere Informationen über dieses umfangreiche Thema wird der Leser auf Freuds Traumdeutung verwiesen, wohl seinen bedeutendsten Beitrag zur Psychoanalyse.

Eine andere ergiebige Materialquelle bietet uns die Untersuchung gewisser geringerer psychischer Fehlleistungen, wie sie häufig bei normalen Menschen zu beobachten sind. Zu dieser Gruppe gehören die »zufälligen« Versprechen und Verschreiben, das unerklärliche Vergessen von bekannten Namen und vertrauten Kenntnissen, die Unterlassung der Ausführung von Vorsätzen und die irrtümliche Ausführung von unbeabsichtigten Handlungen, das Übersehen von Dingen, denen man sonst seine Aufmerksamkeit zuwendet, das Verlesen, Verlegen, Verräumen oder Verlieren von Dingen und viele andere ähnliche Vorkommnisse. Die Psychoanalyse dieser kleinen Fehlhandlungen zeigt uns, daß der »Zufall« nur einen geringen Anteil an ihrem Zustandekommen hat und daß sie vielmehr das Resultat der störenden Wirkung irgend eines Gedankenganges sind, der zurückgedrängt wurde. Wenn man sie auch gewöhnlich auf Rechnung von

Ermüdung, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, Unaufmerksamkeit und ähnlichem setzt, so sind das doch nur begünstigende Begleitumstände, während der Faktor, der die bestimmte Fehlhandlung auswählt, irgend eine Tendenz ist, welcher die betreffende Person nicht Ausdruck geben will, die sich aber die günstigen Umstände zunutze macht, um sich durchzusetzen. Diese Tendenz enthält einen bestimmten Sinn und die ausgeführte Fehlhandlung wird durch ein Motiv bestimmt, d. h. sie ist ebenso wie das hysterische Symptom eine entstellte Wunscherfüllung. Es gibt Fälle, in denen schon der gemeine Menschenverstand uns den wirklichen Sachverhalt erraten läßt. Wenn z. B. eine Frau, während sie einen Mann namens Wilhelm umarmt, sich verspricht und sagt: »Ich liebe dich, Harold,« so wäre es nicht so unnatürlich, wenn sich eine gewisse Neugier regen sollte, wer dieser Harold ist. Eine aufmerksame Beobachtung und Prüfung dieser Gruppe von Vorfällen kann uns viele wertvolle Aufschlüsse liefern, da sie Gedanken — und gewöhnlich bedeutungsvolle — verraten, die der Patient verbergen wollte. In vielen Fällen bringt ihre Analyse sehr bedeutsame Tendenzen ans Licht, von denen der Patient keine Ahnung hatte. Freud hat sich mit diesem Gebiet in seiner Psychopathologie des Alltagslebens beschäftigt, auf das der Leser für eingehendere Aufschlüsse verwiesen wird[1].

Eine für Anfänger nützliche Zugabe zur Psychoanalyse ist das Assoziationsexperiment in der von Bleuler und Jung gebrauchten Form. Man ruft dabei dem Patienten einfache Wörter zu, auf die er möglichst rasch mit dem ersten ihm einfallenden Wort antworten muß; das Intervall zwischen dem Reizwort und der Reaktion ‹»die Reaktionszeit«› wird mittels einer gewöhnlichen Stopuhr gemessen. Man bemerkt dabei, daß der Patient auf verschiedene Wörter, die sich natürlich nicht vorhersagen lassen, nicht ohneweiters antworten kann; er verwirrt sich und seine Antwort weist gewisse Besonderheiten auf, die Jung als »Komplexmerkmale« bezeichnet. Von diesen gibt es mehr als ein Dutzend, worunter die folgenden die wichtigsten sind: Verlängerung der Reaktionszeit ‹dem verlegenen Stocken entsprechend›, die Unfähigkeit, überhaupt während einer bestimmten Zeit zu antworten ‹vorübergehende psychische Verwirrung, Übertreibung der letzteren›, eine ungewöhnlich oberflächliche Assoziation — besonders wenn sie sich bei ähnlichen Reizwörtern

[1] Oder auf meine »Papers on Psycho-Analysis«. 2. Aufl., 1918.

wiederholt —, Wiederholung des Reizwortes (entsprechend der stammelnden Wiederholung, mit der eine Person antworten mag, wenn sie plötzlich durch eine ihr peinliche Frage überrascht wird), wiederholter Gebrauch desselben Wortes während des Experiments, Auffassung des Reizwortes in einem ungewöhnlichen oder unerwarteten Sinn, Perseveration des Reizwortes bei den nächsten Reaktionen und endlich irrige oder unvollkommene Reproduktion des Reaktionswortes, wenn der Patient später aufgefordert wird, die Antworten auf die einzelnen Reizwörter zu wiederholen. Die Reizwörter, die bei der Reaktion verschiedene dieser Besonderheiten bemerken lassen, stehen immer mit irgend einem bedeutungsvollen affektbesetzten Komplex in Zusammenhang, so daß sie als Anhaltspunkte für die Aufdeckung solcher Komplexe dienen können. Der Vorteil dieser Methode liegt hauptsächlich darin, daß sie eine vorläufige Orientierung über die affektiven Faktoren im Seelenleben des Patienten gibt, und sie wird darum von einigen Forschern als Einleitung in die analytische Behandlung angewendet. Weitere Details sind in Jungs Diagnostischen Assoziationsstudien zu finden.

Das Vorhandensein eines Affektes, wenn ein Komplex während des Assoziationsexperimentes durch eines der Reizwörter berührt wurde, läßt sich durch die Beobachtung bestimmter physiologischer Begleiterscheinungen, wie z. B. Respirations- und Zirkulationsveränderungen, objektiv nachweisen und graphisch darstellen. Durch die Forschungen von Jung, Binswanger und anderen wurde zu diesem Zwecke eine besonders genaue Methode ausgearbeitet, die unter dem Namen »psycho-galvanischer Reflex« bekannt ist. Sie beruht auf der Entdeckung, die zuerst Féré im Jahre 1888 machte, daß nämlich der Körper im Zustande affektiver Erregung einem durch ihn geleiteten elektrischen Strom einen stärkeren Widerstand entgegensetzt als sonst; diese Verstärkung des Widerstandes ist vielleicht auf ein Feuchtwerden der Körperoberfläche durch unmerkliche Steigerung der Schweißabsonderung zurückzuführen. Diese Methode ist für therapeutische Zwecke viel zu umständlich, aber immerhin interessant als Bestätigung für die theoretische Richtigkeit des Assoziationsexperimentes, da sie eine genaue und objektive Kontrolle der Folgerungen ermöglicht, die man aus dem Vorkommen der Komplex-merkmale zieht. In diesem Zusammenhang können wir auch erwähnen, daß die bekannte Beschleunigung des Pulses bei Erregungszuständen von Coriat unter der etwas hochtrabenden Bezeichnung »psycho-kardialer

Reflex« neu entdeckt wurde, er verwendet ihn im Zusammenhang mit dem Assoziationsexperiment.

Wie oben angedeutet, wird an dem in dieser Weise gewonnenen Material dann eine gründliche Bearbeitung und Erläuterung vorgenommen, wobei an verschiedenen Stellen auftretende gleiche Merkmale herausgegriffen, Zusammenhänge hergestellt, Unklarheiten richtiggestellt und verborgene Verbindungen und Bedeutungen klargemacht werden. Die sich ergebenden Deutungen werden als Anhaltspunkte benützt, um die Aufmerksamkeit des Patienten auf die noch tiefer verborgenen Teile des Materials zu lenken. Die psychoanalytische Technik umfaßt noch zahllose untergeordnete Regeln, die sich mit der Art der Deutung beschäftigen und mit der schwierigen Frage nach dem richtigen Moment, in dem die Deutungen dem Patienten mitgeteilt werden sollen.

Wir müssen schließlich noch auf die Frage eingehen, wie man sich bei der Psychoanalyse zu dem affektiven Rapport zwischen Patient und Arzt verhält, der, wie wir oben gesehen haben, die wesentlichste Grundlage der Suggestion bildet. Wir haben gehört, daß dieser Rapport, der bei jeder Beziehung zwischen Patient uud Arzt unvermeidlich ist, dadurch zustande kommt, daß der erstgenannte auf den letzteren verschiedene positive Affekte, wie Sympathie, Wohlwollen, Zuneigung etc. überträgt, die in seinem Seelenleben schon vorhanden waren und ihren Ursprung in der Beziehung zu Personen haben, die in seinem Leben eine bedeutsame Rolle spielten, daß wir ferner in dieser Erscheinung nur die eine Form einer solchen Verschiebung sehen, während die andere in der Übertragung verschiedener negativer Affekte, wie Antipathie, Abneigung etc. besteht. Bei den einfacheren Behandlungsmethoden hängt der Arzt in bezug auf die Übertragung in einem sehr weitgehenden Maße von dem Patienten ab. Bei einer negativen Übertragung, die man »Widerstand« nennt, mißlingt die Behandlung, bei positiver kann der Patient Fortschritte in der Besserung machen, schließt sich dann aber leicht übermäßig an den Arzt an, wird von ihm abhängig und dadurch unfähig, sich den Anforderungen der Realität gegenüber unabhängig zu behaupten. Im Gegensatz dazu steht bei der Psychoanalyse der Arzt der Situation nicht hilflos gegenüber, sondern kann sie für seine therapeutischen Zwecke ausnützen. Jedesmal wenn er die Übertragung eines Affektes auf seine Person bemerkt — und es gibt besondere Mittel, die frühesten derartigen Anzeichen zu erkennen —, leitet er eine Analyse ein und

führt die betreffende Reaktion auf ihren Ursprung zurück. Auf diese Weise gelingt es ihm, dem Patienten ihre Quelle bewußt zu machen, und ihn dadurch, daß er sich über seine früher unbewußten Triebregungen klar wird, instand zu setzen, sie zu beherrschen, abzulenken oder auf andere Weise zu ändern. Ich muß aber betonen, daß das Verhalten diesen Übertragungen gegenüber die heikelste Aufgabe bei jeder Analyse vorstellt, auf die der Anfänger deshalb auch besondere Aufmerksamkeit verwenden sollte. Ein Grund dafür ist, daß das Unbewußte des Patienten sich in einer Weise, auf die wir hier nicht näher eingehen können, hauptsächlich dieses Vorganges bedient, um seinen Widerständen gegen das Ziel der Behandlung Ausdruck zu geben. Die Suggestion ist so das Haupthindernis bei einer psychoanalytischen Behandlung, und das ist unter anderem ein Grund, warum sich die psychoanalytische Methode nicht mit einer Behandlung mittels Suggestion oder Hypnose kombinieren läßt, wie Forel und andere unbedachterweise vorgeschlagen haben; die beiden Systeme sind ihren Zielen nach von Grund auf Gegensätze. Das Verständnis für den Sinn der positiven und negativen Übertragung mit dem Verhalten ihr gegenüber, das sich aus dieser Erkenntnis ergibt, bildet eines der hervorstechendsten Kennzeichen der psychoanalytischen, im Gegensatz zu jeder nichtanalytischen Behandlung. Nur auf dem Wege über diese Übertragungen kann die Analyse weiter als über die Anfangsstadien durchgeführt werden: nur dadurch, daß man die alten, verdrängten Motive und Affekte in der Übertragungssituation als aktuelle wieder aufleben läßt, kann man den Patienten dazu führen, sie vollständig zu erkennen und in sein Bewußtsein aufzunehmen.

Anagogische Analyse. Diese Art der Durchführung einer psychologischen Analyse, die erst von Adler und dann mehr oder weniger unabhängig von Jung, Maeder und Silberer ausfindig gemacht wurde, gehört vielleicht mehr zum Thema der Pathologie als zur Therapie, muß aber wegen ihrer praktischen und theoretischen Tragweite auch hier Besprechung finden. Der Leser wird sich erinnern, daß die Analyse der neurotischen Symptome diese als die Abkömmlinge und Ersatzbildungen für verschiedene unbewußte Triebregungen erscheinen ließ, die sich als unvereinbar mit den bewußten Idealen erwiesen hatten; ihr Ursprung wurde schließlich auf verschiedene infantile Komplexe zurückgeführt. Anfangs wurden diese Forschungsergebnisse von denjenigen, denen sie

nicht behagten, einfach abgeleugnet, als aber diese Art der Abwehr unter der Wucht der vorgebrachten Beweise zusammenzubrechen begann, war man gezwungen, zu einer weniger plumpen zu greifen, und entdeckte, daß es möglich war, diesen Enthüllungen in der folgenden Weise ihren anstößigen Charakter zu nehmen. Man machte die Beobachtung, daß eine andere Reihe von psychischen Zügen, die sozial nützlich und mit den bewußten Idealen vollkommen vereinbar sind, sich ebenfalls größtenteils von denselben infantilen Komplexen herleiten wie die neurotischen Symptome und dadurch in einer bestimmten assoziativen Beziehung zu den letzteren stehen; niemandem, der sich mit der Sache beschäftigt hat, ist es entgangen, daß diese drei Reihen psychischer Vorgänge — die infantilen Komplexe, die neurotischen Symptome und die Sublimierungen — innig miteinander verknüpft sind. Tatsächlich ist es eine alltägliche Beobachtung, daß die freien Assoziationen des Patienten von den Symptomen ebensogut zu den Sublimierungen wie zu den infantilen Komplexen führen. Statt das Problem nun genetisch aufzufassen, wie die Psychoanalytiker es tun, wurde der Versuch unternommen, den Sachverhalt umzukehren und die Symptome ausschließlich als Ersatzbildungen für die Sublimierungen anzusehen, und zwar so, daß die sie belebende Energie von voll ausgebildeten Sublimierungen herstammen sollte, welche aus irgend einem Grunde nie zu einem direkten Ausdruck gekommen waren. Die unbequeme Tatsache, daß die Assoziationen des Patienten auch zu den Erinnerungen an infantile Komplexe führen, wurde mit der Deutung erledigt, daß auch diese ungeschickte Ersatzbildungen für dieselben Sublimierungen sind. Trotz aller Lehren der Biologie und vergleichenden Anthropologie konnte man dann die beruhigende Ansicht vertreten, daß die primären und grundlegendsten Strebungen des menschlichen Seelenlebens von hoher ethischer oder religiöser Natur sind, während die neurotischen Symptome und die mit ihnen verknüpften infantilen Komplexe nur deren sekundäre Symbole vorstellen. Auf solche Weise gelangte Adler dazu, die in Betracht kommenden sexuellen Komplexe als bloße Symbole für das Streben nach Macht und Erfolg zu betrachten, eine Auffassung, die Jung später durch eine rein ethische ersetzte. Beiden gelang es, den Freudschen Begriff der infantilen Sexualität neuerdings in das Dunkel zu verbannen, aus dem er ihn ans Licht geholt hatte, und das Studium des Unbewußten zugunsten des vertrauteren der bewußten und vorbewußten Idealbildungen aufzugeben.

Die Beeinflussung der Praxis durch diese Auffassungen ließ nicht lange auf sich warten. Statt eine harmonische Verschmelzung zwischen den unbewußten und bewußten Strebungen herzustellen, wurde die Neigung immer deutlicher, — in voller Übereinstimmung mit den eigenen Neigungen des Patienten — alle Anzeichen für das Vorhandensein des Unbewußten zu mißachten oder zu übersehen und ihm seine Symptome als schlechtgewählte Symbole für verschiedene kulturelle Strebungen hinzustellen. Auf diese Weise vereitelte man die ganze Arbeit der Psychoanalyse, die in Bewältigung der Widerstände, welche die verschiedenen Gebiete des Seelenlebens voneinander trennen, besteht, und kehrte zu der Ablenkungsmethode Putnams oder der Überredungsmethode von Dubois zurück, mit allen Unvollkommenheiten und Nachteilen, die wir oben im Zusammenhang mit diesen Methoden besprochen haben. Aus diesem Grunde wurden auch die anagogischen Methoden in diesem Buche der Neuerziehungsgruppe angegliedert.

## Allgemeine Kritik der psychoanalytischen Methode.

Auf die Vorteile dieser Methode wollen wir im Zusammenhange mit der allgemeinen Besprechung der Psychotherapie näher eingehen und uns hier auf die Erörterung ihrer Nachteile, der wirklichen wie der angeblichen beschränken. Trotzdem ich persönlich ein Vertreter der Psychoanalyse bin, gebe ich zu, daß ihre praktische Anwendung viele Schwierigkeiten und Nachteile mit sich bringt, kann aber auch nicht umhin zu bemerken, in wie ausgiebiger Weise die Tatsache, daß es Grenzen für die Verwendbarkeit dieser Methode gibt, von denjenigen ausgenützt wurde, die in Wirklichkeit aus anderen Gründen ihre Gegner sind.

Es ist nicht leicht, das Anwendungsgebiet einer Methode zu bestimmen, die noch im Zustand der Entwicklung begriffen ist. Die technischen Verbesserungen, die seit ihrer ersten Ausarbeitung eingeführt wurden, haben ihren Wirkungskreis in einem damals ungeahnten Maße erweitert, haben aber andererseits auch die Grenzen ihrer Anwendbarkeit nach andern Richtungen hin, die wir heute schon im einzelnen kennen, genau bestimmt. So ist zum Beispiel mit Patienten, die gegen ihren Willen in die Behandlung gebracht werden, entschieden nichts anzufangen, was auch für alle anderen Behandlungsmethoden gilt. Ferner ist eine bestimmte Höhe der Intelligenz erforderlich, an der

es hysterischen Patienten aber selten mangelt, meiner eigenen Erfahrung nach, die eine beträchtliche Anzahl von Fällen aus den ungebildeten Ständen mit einschließt, hat sich ein Mangel an genügender Intelligenz nur ein- oder zweimal als Hindernis für die Behandlung erwiesen und selbst in diesen Fällen waren andere wichtige Faktoren im gleichen Sinne wirksam. Es ist nicht leicht, einen Patienten zu behandeln, wenn man nicht mit seiner Muttersprache vollkommen vertraut ist, da es einem sonst schwer wird, den Wortspielen und den Anklängen an die Kinderzeit zu folgen. Das Alter ist hier, wie auch bei anderen Methoden, ein ernst zu nehmendes Hindernis. Die Gründe dafür liegen nicht so sehr in der verminderten Bildsamkeit des Seelenlebens, die bei verschiedenen Menschen sehr verschieden ist, auch nicht in der Menge des Materials, das durchgearbeitet werden muß — die Überdeterminierungen der Symptome häufen sich nämlich im Laufe der Zeit —, sondern in der geringeren Möglichkeit, eine andere Stellung zum Leben einzunehmen, einen neuen Anfang zu machen: dieses letzte Moment beeinflußt auch das Interesse, das der Arzt an dem Fall nimmt, denn die Aufgabe, eine Persönlichkeit umzuwandeln, ist sicher bei einem Menschen, der den Hauptteil des Lebens noch vor sich hat, reizvoller und aussichtsreicher. Freud gibt das fünfzigste Lebensjahr als äußerste Grenze an, mehreren Ärzten aber, darunter auch mir, ist es gelungen auch mit älteren Patienten, sogar bis zum sechzigsten Lebensjahr, bedeutende Erfolge zu erzielen. Es ist ferner erwünscht, daß die Persönlichkeit des Patienten einen gewissen moralisch wertvollen Gehalt in sich trägt, da sich in solchen Fällen mehr erreichen läßt. Bei der Entscheidung, ob ein bestimmter Patient sich für die Behandlung eignet oder nicht, muß man also eine Anzahl von Überlegungen in Betracht ziehen. Trotz der eben aufgezählten Qualifikationen aber läßt sich unsere Methode sicherlich bei der Mehrzahl aller Hysteriefälle anwenden.

Vom Standpunkte des Patienten aus hat die Methode hauptsächlich zwei Nachteile. Anstatt daß er von einer bequemen Behandlung ins Schlepptau genommen würde, die ihn gesund macht, während er passiv den Erfolg abwartet, und die keine besonderen Anforderungen an seine Seelentätigkeit stellt, wird hier von ihm eine tätige Mitwirkung bei Bestrebungen gefordert, gegen die ein großer Teil seines eigenen Ichs sich fortwährend auflehnt, und die seine Entschlossenheit und Geduld auf eine harte Probe stellen. In der Praxis zeigt sich aber, daß die beim

Vordringen der Analyse neu gewonnene Selbsterkenntnis mit dem gleichzeitigen Verständnis für den Sinn der Widerstände der Tendenz, den Versuch kampflos aufzugeben, tüchtig entgegenarbeitet, und daß bei einem geschickten Arzt ein Patient, der wirklich gesund werden will, die Behandlung nur selten aus derartigen Gründen fallen läßt. Der andere Nachteil ist die Länge der Zeit, die die Behandlung beansprucht. Es handelt sich immer mindestens um mehrere Monate, und oft um ein Jahr oder sogar noch viel mehr. Man hat viel Nachdenken und Mühe darauf verwendet, um eine Möglichkeit zur Verkürzung der Behandlungsdauer ausfindig zu machen, bisher aber ohne Erfolg; die wachsende Erfahrung scheint im Gegenteil immer mehr auf die Notwendigkeit einer gründlicheren und infolgedessen auch längeren Behandlung hinzuweisen, als sie früher üblich war. Die Langsamkeit, mit der jede Umwälzung im Seelenleben sich vollziehen muß, stellt sich leider allen Versuchen, die Dauer der Behandlung merklich herabzusetzen, als ein unüberwindliches Hindernis entgegen, so daß die Länge der von der Behandlung beanspruchten Zeit ein unverkennbarer Nachteil der psychoanalytischen Methode bleibt. Diesem Mangel müssen wir aber die folgenden Erwägungen gegenüberstellen: viele Fälle sind auf andere Weise unheilbar oder höchstens ganz geringer Besserung fähig; außerdem kann, wenn die sonstigen Umstände es gestatten, die Psychoanalyse durchgeführt werden, während der Patient seinen Beruf ausübt, was sogar auch vom Standpunkt der Behandlung aus außerordentlich erwünscht ist; und schließlich erscheint die Zeit, die von einer radikalen Behandlung in Anspruch genommen wird, welche dauernde Befreiung von dem Leiden mit erhöhter allgemeiner Leistungsfähigkeit verspricht, nicht übermäßig lang, wenn wir sie mit dem gesamten Zeitraum vergleichen, den solche Patienten sonst in Sanatorien und Erholungsheimen oder auf Reisen verbringen. Ähnliches gilt auch für die Frage der Kosten, die oft die einer größeren chirurgischen Operation noch übersteigen; hier kann man eher mit Bezug auf den Arzt als auf den Patienten von einem nachteiligen Zeitaufwand sprechen, denn das Verhältnis des Honorares zur aufgewendeten Zeit ist bei der Psychoanalyse immer ein schlechteres als in anderen Spezialfächern.

Eine große Zahl anderer Einwendungen ist sowohl gegen die psychoanalytische Behandlungsmethode, wie auch gegen die Freudsche Neurosenlehre, auf der sie sich aufbaut, erhoben worden. Über die letzteren wollen wir hier nur sagen, daß sie nicht mehr und nicht weniger

überzeugend sind als alle anderen Einwürfe. Viele der feindseligen Kritiken dienen nicht so sehr wissenschaftlichen als polemischen Zwecken, weshalb wir besser daran tun, sie hier zu übergehen. Es ist nicht schwer zu zeigen, daß viele der einzelnen Einwände nur Vorwände sind, die tiefer liegende verbergen sollen, und die Gegner, die sie vorbringen, sind oft selber über die unbewußten Wurzeln ihrer Feindseligkeit im unklaren. Der Methode selber stellen sich zwei besonders tief eingewurzelte Vorurteile entgegen. In erster Linie beleidigt die Wortspielerei, mit deren Hilfe ein Teil der Analyse durchgeführt wird, instinktiv das normale Bewußtsein und erweckt das Gefühl, daß die hergestellten Zusammenhänge gezwungen und bei den Haaren herbeigeholt sind; das ist unvermeidlich, wenn man nicht bedenkt, daß die in Betracht kommenden psychischen Vorgänge eben ein derart unlogisches Verhalten zeigen, das sich seinem Wesen nach von dem Verhalten der bewußten Gedankengänge unterscheidet. Bei der Auflösung eines Symptoms verfolgt man dieselben Bahnen, die bei seiner spontanen Bildung benützt wurden, und muß daher notwendigerweise auf Mechanismen stoßen, die dem bewußten Seelenleben fremd, aber für das unbewußte bezeichnend sind. Die einzelnen Details der Zusammenhänge und Symbole, die durch das Assoziationsexperiment aufgedeckt wurden, haben durch Vergleiche mit den in anderen Produkten der menschlichen Phantasie angetroffenen, weitgehende Bestätigungen gefunden, besonders im Sprachgebrauch, im Witz, in Folklore, Aberglauben, verschiedenen religiösen Vorstellungen und am auffallendsten in den spontanen Deutungen, die Geisteskranke uns geben, während die theoretischen Grundsätze der Methode nicht nur auf empirischen Entdeckungen und Ergebnissen beruhen, sondern auch auf den objektiven Beweisen, wie sie durch die frühe Arbeit von Jung und anderen auf experimentellem Gebiet gegeben worden sind. Das andere Vorurteil, von dem die Rede war, bezieht sich auf die Sexualität und jeder wird zugeben, daß dieses Thema wie kein anderes den weitgehendsten Beanständungen ausgesetzt ist.

Die Psychoanalyse bringt so einen Typus von Gedankentätigkeit, den symbolisierenden oder phantastischen, und eine Gruppe von psychischen Vorgängen, nämlich die auf das Geschlechtsleben und besonders auf die infantile Sexualität bezüglichen, ans Licht, gegen deren Äußerung sich starke Kräfte im Seelenleben des Normalen ebenso wie des Hysterikers wehren. Diese Kräfte, dieselben, die beim Hysteriker die Entstellung im Ausdruck der verdrängten Wünsche und die Widerstände, gegen die

Behandlung hervorrufen, veranlassen den Normalen, sich jedes Vorwands und Arguments zu bedienen, um ein Verfahren, welches das Verborgene enthüllen könnte, zu diskreditieren. Solche Argumente verdanken einen großen Teil ihrer Beweiskraft und anscheinenden Berechtigung nicht so sehr ihrem eigentlichen Gehalt als den unbewußten Faktoren, deren Werkzeuge sie in Wirklichkeit sind. Intellektuelle Vorgänge, die einfach die Vertreter von tiefer liegenden Affekten sind, lassen sich ohne ein Eingehen auf die im Verborgenen wirksamen Kräfte besonders schwer beeinflussen, denn wie jeder merken kann, der versucht, einem Patienten, der an Zwangs- oder Wahnvorstellungen leidet, mit Vernunftgründen beizukommen, sind der Wirksamkeit der bloßen Logik in dieser Hinsicht sehr enge Grenzen gezogen. Wir haben hier einen besonderen Nachdruck auf diese allgemeinen Erwägungen gelegt, weil die Erfahrung gezeigt hat, daß man seine Kräfte vergeblich auf das Zurückweisen einzelner Argumente verschwendet, während die einzig angemessene Art der Behandlung der hier in Betracht kommenden Fragen darin besteht, daß man sich zuerst mit dem Wesen und den Gründen für die Vorurteile auseinandersetzt, die den Blick des Beobachters trüben und sein Urteil entstellen.

Es ist vielleicht die gebräuchlichste Einwendung gegen die psychoanalytische Methode, daß es von Übel ist, sich in die sexuellen Gedanken eines Patienten zu vertiefen. Gleichzeitig wird gewöhnlich die Bedeutung dieser Dinge für die Pathogenese der Hysterie geleugnet, ein Argument, das schlecht geeignet ist, die betreffende Einwendung zu unterstützen, das ganze Verfahren erinnert an die Gegner der Vivisektion, welche die Experimente an Tieren für etwas Frevelhaftes halten und diese Ansicht dadurch unterstützen, daß sie sie auch als unnütz und irreführend hinstellen. Wenn man aber zugibt, daß die psychoanalytische Auffassung der Pathogenese richtig ist — was die Forscher, denen am ehesten ein Urteil zusteht, nicht mehr bezweifeln — dann vertreten diejenigen, von denen die eben erwähnte Einwendung ausgeht, die merkwürdige Ansicht, daß man einer Gruppe von äußerst wichtigen Krankheitserregern eine Sonderstellung einräumen und sie dem Wirkungskreis der medizinischen Wissenschaft entziehen muß, ebenso wie man in den Harems des Ostens noch immer daran festhält, nur einen eng begrenzten Teil des menschlichen Körpers der ärztlichen Untersuchung zugänglich zu machen. Über das Unheil, das aus einer psychoanalytischen Untersuchung entstehen könnte,

erfahren wir selten, wenn überhaupt je Genaueres, so daß es schwer ist, dieses Thema im Detail zu erörtern. Man kann übrigens ohne weiteres zugeben, daß bei der Erforschung sexueller Gedanken und Phantasien wirklich die Möglichkeit einer Schädigung besteht, ebenso wie die Möglichkeit vorhanden ist, daß der Patient bei der Untersuchung der verschiedenen Körperhöhlungen Schaden nimmt, es liegt aber auf der Hand, daß in beiden Fällen die Schädlichkeit des Eingriffs von der Art, in der er ausgeführt wird, abhängt; eine von einem geschulten Psychoanalytiker durchgeführte Analyse des Seelenlebens unterscheidet sich von einem vagen »Besprechen sexueller Dinge« ebenso wie ein aseptischer Bauchschnitt von einer Rißwunde durch eine Wagendeichsel. Es ist in diesem Zusammenhange wohl die Bemerkung am Platze, daß in der letzten Zeit, seitdem die therapeutischen Erfolge der Psychoanalyse weitere Anerkennung gefunden haben, manche Ärzte an die Durchführung einer solchen Behandlung gehen, ohne sich über ihre Schwierigkeiten unterrichtet und ohne die notwendige Schulung durchgemacht zu haben; unter diesen Umständen kann man natürlich nicht davor sicher sein, daß nicht im Namen der Psychoanalyse Schaden angerichtet wird.

Wir hören manchmal die Frage, warum man die verdrängten sexuellen Gedanken, angenommen, daß sie überhaupt existieren, nicht ungestört in ihrer Ruhe läßt. Die Antwort darauf ist leicht zu geben: Jeder wäre gerne dazu bereit, aber das Übel besteht bei der Hysterie eben darin, daß sie sich nicht in Ruhe befinden und auch den Patienten nicht zu einer solchen kommen lassen. Die Wirkung der Psychoanalyse ist, harmonischen Frieden an Stelle des Aufruhrs zu setzen, den verborgene Konflikte verursachen.

Man hört häufig die Befürchtung äußern, daß die Erforschung des Seelenlebens, die einen so wesentlichen Bestandteil dieser Behandlung ausmacht, den Hang zu krankhafter Selbstbeobachtung, der bei solchen Kranken ohnehin stark ausgesprochen ist, noch steigern könne. Die Psychoanalyse befreit aber ganz im Gegenteil in überraschender Weise von dieser Neigung. Die krankhafte Selbstbeobachtung der Patienten geht darauf zurück, daß sie sich dem Einfluß der störenden unbewußten Komplexe nicht entziehen können; wenn diese Beeinflussung aber aufgehoben wird, ist der Patient zum erstenmal dem Zwang einer unaufhörlichen und vergeblichen Selbstbeobachtung enthoben und kann seine Aufmerksamkeit und Energie nützlicheren Betätigungen zuwenden.

Außer dem Umstand, daß man beide Vorgänge Arten der Selbstbeobachtung nennen kann, bestehen keine Gemeinsamkeiten zwischen dem egozentrischen Brüten des Neurotikers, das immer um dieselben Dinge kreist und dem schrittweisen Forschen der Psychoanalyse mit der wachsenden Einsicht und Selbsterkenntnis, die ihr Vordringen begleitet.

Ein anderer häufiger Einwand geht dahin, daß die übliche Deutung der Assoziationen des Patienten die Mitwirkung eines unberechenbaren persönlichen Moments mit sich bringt und dadurch das Verfahren in unerwünschter Weise subjektiv bestimmt wird. Nun ist es natürlich wahr, daß diese Praxis, die ja ein psychologischer Vorgang ist, ein persönliches, subjektives Moment einführt, ebenso wie die Deutung der verschiedenen mit dem Stethoskop gehörten Herzgeräusche oder der Empfindungen beim Abtasten eines Unterleibtumors notwendigerweise die Einführung dieses Moments mit sich bringt. Die Subjektivität kann bei jedem psychischen Akt, wie das Urteil es ist, nur dadurch auf ein Minimum beschränkt werden, daß man sich streng an die Gesetze des wissenschaftlichen Denkens hält, die ebenso für die psychologischen wie für die physiologischen Untersuchungsmethoden gelten und durch ein sorgfältiges Studium der subjektiven Schwierigkeiten, welche diese intellektuelle Leistung stören. Die Berechtigung jeder einzelnen Folgerung, die aus Beobachtungen gezogen werden kann, wie auch jeder Verallgemeinerung, hängt ausschließlich von zwei Kriterien ab, nämlich von der Fähigkeit der Verallgemeinerung, alle zu beobachtenden Phänomene zusammenzufassen oder »zu erklären«, und der, das künftige Auftreten ähnlicher Erscheinungen vorherzusagen. Man hält sich in der Psychoanalyse an die wissenschaftlichen Kriterien ebenso streng wie in jedem anderen Zweig der wissenschaftlichen Medizin. Außerdem bietet sie die einzig dastehende Sicherheit, daß der die Untersuchung ausführende Arzt durch seine Selbstanalyse sich vollkommen im klaren über die psychologischen Hemmungen ist, die sich leicht einer Befolgung der Gesetze des wissenschaftlichen Denkens in den Weg stellen. Das Thema ist seinem Wesen nach viel zu kompliziert, um — wenigstens heute — die Aufstellung von Regeln in bezug auf jedes Detail zu gestatten, in der Art, wie wir sie für die Analyse einer einfachen Salzlösung besitzen, und um so das Verfahren in weitgehendem Maße unabhängig von der persönlichen Erfahrung und Beurteilung zu machen; trotzdem sind aber die Gelegenheiten zur Bestätigung und Nachprüfung der einzelnen Schlußfolgerungen zahlreich und befriedigend

genug, um ein Gegengewicht gegen alle Schwankungen zu geben, die durch persönliche Beobachtungsfehler hineingebracht werden, und um den von einem erfahrenen Psychoanalytiker gezogenen Schlüssen einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit zu verleihen. Eine weitere Erörterung dieser Frage würde uns zu tief in das Gebiet der psychoanalytischen Detailtechnik führen, zu deren Studium der Leser auf die betreffenden Spezialwerke verwiesen werden muß.

## 5. Abschließende Bemerkungen über Psychotherapie.

Bei einem Vergleich zwischen den einzelnen Arten der Psychotherapie müssen wir, wie bei jedem klinischen Verfahren, die Beurteilung ihres wissenschaftlichen Wertes von ihrer klinischen Verwendbarkeit, wie sie durch die Anforderungen der Praxis bestimmt wird, trennen; wir wollen uns zuerst mit der ersten Frage beschäftigen.

Es ist nicht leicht, die therapeutischen Resultate miteinander zu vergleichen, die sich mittels der verschiedenen oben beschriebenen Behandlungsarten erzielen lassen, zum Teil deshalb, weil die Kriterien der Heilung bei der Hysterie weniger eindeutig bestimmt sind als bei den meisten anderen Krankheiten, zum anderen Teil wegen der Schwierigkeit, eine entsprechende Anzahl von Fällen zusammenzubringen, die auf verschiedene Arten behandelt und deren weitere Entwicklung genügend lange verfolgt wurde, um die Bildung eines Urteils zu ermöglichen. Unter diesen Umständen gibt es nur zwei Wege, um zu einer vergleichenden Würdigung zu gelangen: erstens die Wirkungen verschiedener Behandlungsarten auf einen und denselben Fall zu studieren und zweitens die Ansichten zu berücksichtigen, in denen diejenigen Ärzte, die sich mehr als einer Methode bedienten, ihre Erfahrungen niedergelegt haben. Leider ist aber die Anzahl der Forscher, denen diese vergleichende Erfahrung zu Gebote steht, sehr gering, da die meisten Ärzte sich aus sehr einleuchtenden Gründen auf ein einziges Behandlungssystem beschränken. Die Meinungen derer, die nur mit den einfacheren Methoden gearbeitet haben, sind in dem gegenwärtigen Zusammenhang natürlich nur von geringem Wert; und obwohl die meisten Ärzte, die jetzt die Psychoanalyse ausüben, sich früher der Hypnose bedienten, sind andererseits doch nur die wenigsten von ihnen mit den Neuerziehungsmethoden von Janet, Prince, Vogt und anderen gründlich vertraut. Ich persönlich habe

ziemlich ausgedehnte Erfahrungen mit allen wichtigeren, hier beschriebenen Methoden gesammelt und getraue mich deshalb, meine Folgerungen in weitgehendem Maße auf diese Erfahrung zu stützen. Sie lauten wie folgt: In erster Linie habe ich mit jeder der genannten Methoden befriedigende Erfolge gehabt, aber auch mit jeder von ihnen Mißerfolge. Daraus scheint sich unmittelbar der Schluß zu ergeben, daß es bei einigen Fällen ganz leicht ist, die Heilung, im praktischen Sinn, zustande zu bringen, bei anderen dagegen sehr schwer, vielleicht sogar unmöglich; die meisten Fälle liegen wahrscheinlich zwischen diesen beiden Extremen. Dagegen unterscheiden sich die Arten des Erfolges, den man mit den verschiedenen Methoden erreicht, auffallend voneinander und zwar so, daß der Erfolg ein unverkennbar besserer wird, je gründlicher das Verfahren ist, das man in Anwendung bringt, wie auch in der oben beschriebenen Reihenfolge der Methoden dargestellt wurde. Die gleiche Folgerung drängt sich uns auf, wenn wir die Ergebnisse der Behandlung eines einzelnen Falles mittels verschiedener Methoden miteinander vergleichen. Es ist mir nur ein Fall zu Ohren gekommen, bei dem eine andere Methode, nämlich die Hypnose, bessere Erfolge gehabt hat als die Psychoanalyse, dagegen habe ich selber eine große Anzahl von Fällen beobachtet, bei denen die letztere erfolgreich war, nachdem alle anderen Methoden versagt hatten; es kommt tatsächlich selten vor, daß ein Patient zu mir in psychoanalytische Behandlung kommt, der nicht schon vorher auf eine oder mehrere Arten erfolglos behandelt worden wäre. Außer unter ganz ungewöhnlichen Umständen habe ich die Verwendung von suggestiven Methoden ganz aufgegeben und zwar wegen der Unvollkommenheit der Ergebnisse im Vergleich mit den auf andere Weise erzielten, wegen der Nachteile, die aus der Schaffung des Abhängigkeitsverhältnisses entstehen und der vollen Unmöglichkeit mit irgend einem Grad von Sicherheit vorherzusagen, wie sich die Krankheit nach der scheinbaren Heilung weiterentwickeln wird. Meiner Erfahrung nach weist die psychoanalytische Methode diese Mängel in viel geringerem Grade auf als jede andere. Da sie sich viel radikaler als jede andere Methode mit den grundlegenden Ursachen der Krankheit beschäftigt und das oben besprochene »Selbsttätigkeitskriterion« besser als andere erfüllt, erstreckt sich ihre Wirkung nicht nur auf die Wurzeln der momentanen Symptome, sondern auf das gesamte pathogene Material im Seelenleben des Patienten und bietet dadurch die sicherste Prophylaxe gegen alle späteren krankhaften Entwicklungen. In vielen Hinsichten muß

man in der Psychoanalyse wirklich mehr als eine bloße therapeutische Maßnahme sehen, und zwar eine gründliche Neuerziehung des ganzen Seelenlebens des Kranken mit dem entsprechenden Gewinn an Selbsterkenntnis, Zielbewußtsein und Selbstbeherrschung.

Der Autor dieses Buches ist also von dem überragenden Wert der psychoanalytischen Methode für die Behandlung der hysterischen Erkrankungen überzeugt und bereit, ihre Anwendung überall, wo sie möglich ist, zu vertreten. Es bleibt aber noch die Frage, bis zu welchem Ausmaß diese Anwendung bei dem jetzigen Stand der medizinischen Praxis durchführbar ist. So ist zum Beispiel vorgebracht worden, daß die Verwendung der Methode auf wenige Spezialisten beschränkt bleiben muß, da die Erlernung ihrer Technik eine eigene Vorbildung mit der fast unumgänglich notwendigen Selbstanalyse zur Vorbereitung erfordert. Manche Autoren haben sogar der Meinung Ausdruck gegeben, daß sie nur für Menschen erlernbar ist, die mit besonderem psychologischem Scharfblick begabt sind. Dieser letzteren Behauptung kann man nun mit gutem Gewissen widersprechen; wir haben allen Grund anzunehmen, daß nur eine ganz geringe Minderheit von Ärzten nicht fähig wäre, die Methode mit Erfolg anzuwenden, wenn man auch natürlich, wie überhaupt bei jeder schwierigen Technik, zum Beispiel der bakteriologischen oder chirurgischen, erwarten muß, daß besonders Befähigte es zu einem höheren Grad von Vollkommenheit bringen als die anderen. Und selbst wenn sich die Verwendung der Methode auf wenige Ärzte beschränken würde, wie es bei verschiedenen, besonders heikeln chirurgischen Operationen wirklich der Fall ist, könnte man auch dann noch nicht mit irgendwelcher Berechtigung behaupten, daß der gewöhnliche Arzt nichts von ihr zu wissen brauche. Wir dürfen auch nicht übersehen, wie wichtig es ist, daß der praktische Arzt, der natürlich am häufigsten mit solchen Patienten in Berührung kommt, wenigstens eine Kenntnis der Grundprinzipien, um die es sich hier handelt, besitzt. Man kann nämlich viel zur Verhütung einer späteren Hysterieerkrankung beitragen, wenn man relativ einfachen Erscheinungen im frühen Kindesalter seine Aufmerksamkeit zuwendet, vorausgesetzt, daß man weiß, welche von ihnen die größte Bedeutung haben.

Daß die Ärzteschaft als Gesamtheit so wenig für die Durchführung psychologischer Maßnahmen vorbereitet ist, ist besonders in Hinblick auf die in letzter Zeit auf diesem Gebiet vorgekommenen Übergriffe von seiten unqualifizierter Personen ein höchst unerfreulicher Zustand, dem

man nicht durch die Schaffung einer kleinen Gruppe von Spezialisten abhelfen kann. Es wird in jeder Beziehung und besonders seit dem Krieg immer klarer, daß eine Fortdauer der jetzt herrschenden Vernachlässigung der psychischen Krankheitsmomente dem Ansehen des Ärztestandes ebenso schädlich ist wie der Gesundheit ihrer Patienten. Das Widerstreben und die Unfähigkeit, mit der viele Ärzte an die Verwendung entsprechender Maßnahmen zur Behandlung der Hysterie herantreten, ist nur ein Argument mehr zur Unterstützung der heute allgemein als richtig erkannten Forderung, daß die ärztliche Ausbildung dringend eine Ergänzung durch Einführung einer systematischen Schulung in den Prinzipien der klinischen Psychologie verlangt, ein Fach, das in dem heutigen Studiengang kaum irgendwelchen Raum findet[1]. Die Schwierigkeit, mit einer Methode wie der psychoanalytischen durchzudringen, ist also vor allem der ärztlichen Ausbildung und nicht dem Wesen der Methode zuzuschreiben. Zweifellos werden die Ärzte noch eine Zeit lang fortfahren, die plumperen und weniger zweckmäßigen Behandlungsarten zu verwenden, werden sich dabei aber immer deutlicher bewußt werden, daß sie nicht das Äußerste für ihre Patienten leisten und daß wertvolle Fortschritte in der Erkenntnis gemacht wurden, aus denen sie infolge ihrer mangelhaften Ausbildung nicht den richtigen Nutzen ziehen können. Diese Überlegungen gewinnen noch an Nachdruck, wenn wir bedenken, daß sie sich nicht ausschließlich auf die Behandlung der Hysterie oder der Neurosen im allgemeinen beziehen, sondern auf ein viel weiteres Gebiet von krankhaften Zuständen als man allgemein annimmt.

E. W. Taylor ist für die Schaffung einer modifizierten Art von Psychoanalyse eingetreten, wobei er von der Ansicht ausgeht, daß diese Methode, die sich als so brauchbar erwiesen hat, vereinfacht werden müßte, um auch den in der klinischen Psychologie ungeschulten Ärzten zugänglich zu werden. Es ist aber auch nicht im entferntesten wahrscheinlich, daß die Erreichung dieses Zieles sich als durchführbar erweisen wird, denn die Vertiefung unserer Einsicht hat die Kompliziertheit der mitspielenden Faktoren nur immer deutlicher hervortreten und damit die entsprechende technische Vervollkommnung unentbehrlich erscheinen lassen. Die Kompliziertheit liegt nicht in der Methode, sondern

[1] Siehe in diesem Zusammenhang das ausgezeichnete Werk von Elliot Smith und Pear »Shell Shock«, 1917.

im Material, und die Schwierigkeiten, die sich einer Vereinfachung entgegenstellen, sind daher in ihrem Wesen begründet, nicht in äußeren Umständen. Die von Taylor[1] angeführten Beispiele sind aber durchaus unzutreffend, da sie keine Psychoanalyse, sondern die einfachsten Formen von »Erklärungen« veranschaulichen; sie weisen infolgedessen alle Mängel auf, die uns weiter oben bei der Besprechung dieses Themas aufgefallen sind. Taylors Vorschlag wäre wertvoller gewesen, wenn er darauf aufmerksam gemacht hätte, daß, abgesehen von der Behandlung, ein einfacher Rat von seiten eines psychoanalytisch geschulten Arztes oft den größten praktischen Wert für den Patienten haben und ihm viel späteres Leiden ersparen kann; dasselbe hatten wir im Sinn, als wir weiter oben die Wichtigkeit eines derartigen Verständnisses für die Ärzteschaft im allgemeinen betonten. Es wäre aber ein arger Irrtum, wenn man eine solche Erteilung von praktischen Ratschlägen, über deren notwendigerweise begrenzte Wirksamkeit wir oben gesprochen haben, mit der Psychoanalyse selber verwechseln wollte.

Man hat ferner behauptet, daß sich die psychoanalytische Behandlung durch die Länge der Zeit, die sie beansprucht, jedenfalls für Spitals- und Poliklinikpatienten ausschließt. Es handelt sich dabei aber offenbar nur um ein Wollen, nicht um ein Können. Wenn man es als wünschenswert erachtet, auch für solche Patienten sein möglichstes zu tun, wird sich ein Weg dafür finden, wenn auch natürlich dazu die Schulung einer größeren Anzahl von Psychoanalytikern notwendig wäre, als sie uns heute zur Verfügung steht. Man braucht sich dabei nur die Entwicklung der Sanatoriumsbehandlung der Tuberkulose ins Gedächtnis zurückzurufen. Als diese Behandlung in ihren Anfangsstadien war, wurde allgemein behauptet, sie ließe sich nur bei wohlhabenden Patienten durchführen, sobald man aber erkannt hatte, daß die Patienten bei einem Verzicht auf sie benachteiligt waren, wurden die materiellen Schwierigkeiten überwunden, besondere Gebäude errichtet, Ärzte und Pflegerinnen in entsprechender Weise ausgebildet und ein Behandlungssystem eingeführt, das an Kostspieligkeit und Kompliziertheit der Organisation seinesgleichen sucht. Zur Durchführung von Psychoanalysen aber braucht man nichts als die Ärzte, und die psychoanalytische Methode muß in bezug auf ihre Fähigkeit, Leidenden Erleichterung zu bringen und ihre allgemeine soziale

[1] E. W. Taylor, Journal of Abnormal Psychology, Vol. IV, p. 449.

Leistungsfähigkeit zu heben, nicht hinter der Tuberkulosenbehandlung zurückstehen.

Zum Schlusse ist es nicht nur wünschenswert, sondern sogar unumgänglich notwendig, ein Wort über ein anderes Thema, nämlich über das Verhältnis der Geistlichkeit zur Ärzteschaft, zu sagen. Es ist bekannt, daß in der letzten Zeit von seiten der Geistlichen die Versuche zur Behandlung von psychischen Störungen und besonders Neurosen in ziemlich auffälliger Weise neu belebt wurden. Ich denke hier nicht nur an die plumperen und nicht allgemein anerkannten Ansprüche, die Körperschaften wie die Emmanuelisten und Eddyisten machen, sondern an Bestrebungen in ernster zu nehmenden Kreisen, wofür ich das folgende Beispiel herausgreife: Im Jahre 1910 wurde ein besonderes, aus Vertretern der Ärzteschaft und Geistlichkeit zusammengesetztes Komitee, dessen Präsident der Dean of Westminster war, gebildet, das nach Abhaltung einer Reihe von Sitzungen zwei interimistische Berichte über das Ergebnis der Beratungen veröffentlichte ⟨1912 und 1914⟩. Eine der wichtigsten Folgerungen, zu denen man gelangte, war, daß die Geistlichen in Ausübung ihres Amtes die Behandlung von Nervösen oder psychisch Erkrankten in der direktesten Weise unterstützen können, natürlich vorausgesetzt, daß diese Kranken religiösen Einflüssen zugänglich sind. In dem einen Bericht heißt es ferner wie folgt:[1] »Der praktische Arzt muß sich vor Augen halten, daß . . . . . es in gewissen Fällen möglich ist, von der geistlichen Seite her Zugang zu einem Patienten zu finden, wenn sich der Anwendung der gebräuchlichen Arten der ärztlichen Suggestion Schwierigkeiten entgegenstellen. Solche Fälle sind meistens von der Art funktioneller Störungen, geringfügigerer Zwangsvorstellungen oder lasterhafter Neigungen.« Diese Feststellung scheint der Ausdruck einer unter den Ärzten weitverbreiteten Ansicht und ist ohne Zweifel ein ehrlicher Ausdruck für die pessimistische Auffassung der Grenzen der therapeutischen Leistungsfähigkeit und ein Eingeständnis des Versagens der »gebräuchlichen Arten der ärztlichen Suggestion«. Diesem Zustand in einer wissenschaftlich richtigeren Weise dadurch abzuhelfen, daß man die oben besprochenen Mängel der ärztlichen Ausbildung behebt, scheint, soweit man entnehmen kann, dem Komitee nicht eingefallen zu sein. Nun ist hier nicht der richtige Ort für den Versuch einer Würdigung des geistlichen

[1] Brit. Med. Journ., March 23, 1912.

Zuspruchs bei Krankheiten im allgemeinen, auch gibt es in dieser Frage so gut wie keine Meinungsverschiedenheiten, wir müssen aber betonen, daß es nicht mehr notwendig ist, sich bei der Bewältigung einer solchen Aufgabe, nämlich der Behandlung der psychischen Erkrankungen, zu der wir verpflichtet sind, an einen anderen Stand um Hilfeleistung zu wenden, durch Tausende von Jahren war dieser Wirkungskreis der Kirche vorbehalten, jetzt aber ist die Zeit gekommen, in der Exorzismus und Gebet hier wie bei der Behandlung von organischen Krankheiten den wissenschaftlichen Maßnahmen weichen müssen.

Es ist nur selten erwünscht, die Arbeit der Veredlung und Abänderung krankhafter psychischer Vorgänge zwischen einem Arzt und einem Geistlichen zu teilen, da es auf diesem Gebiet besonders notwendig ist, daß der Patient von einer einzigen Hand geführt werde, daß die Autorität ungeteilt und das Ziel harmonisch sei. Es ist unvermeidlich, daß die Einstellung eines Psychologen und eines Geistlichen sich in vielen, oft wichtigen Beziehungen voneinander unterscheiden, erstens weil der eine von ihnen mit dem Gebiet vertraut, der andere hier fremd ist, zweitens weil sie von ganz verschiedenen Voraussetzungen ausgehen. Allerdings haben einige Geistliche, darunter besonders Pfarrer Pfister in Zürich, eine entsprechende Schulung in klinischer Psychologie durchgemacht und bei der wissenschaftlichen Korrektur abirrender psychischer Regungen ausgezeichnete Erfolge erzielt. Sie sind aber Ausnahmen und werden es hoffentlich bleiben, denn es ist fraglich, ob man recht daran tut, Menschen für die Behandlung von einigen krankhaften Zuständen auszubilden — mag die Ausbildung noch so gründlich sein — wenn sie nicht alle solchen behandeln können. Die richtige Würdigung hinzutretender physiologischer Erscheinungen ist, selbst wenn man annimmt, daß ein Arzt vorher für den Geistlichen richtig eine Hysterieerkrankung diagnostiziert hat, nur jemandem möglich, der eine allgemeine ärztliche Ausbildung hinter sich hat. Wie die Dinge heute stehen, sind die meisten Ärzte nur nach der physiologischen Richtung hin ausgebildet, nicht nach der psychologischen, die meisten Geistlichen aber nach keiner von beiden. Wenn die psychischen Störungen in den Wirkungskreis des Arztes ebenso endgültig einbezogen werden sollen, wie es bei den physischen der Fall ist, und wenn der Arzt sich mit Erfolg gegen die Übergriffe von Außenstehenden wehren soll, so ist es unbedingt notwendig, daß die ärztliche Ausbildung durch die Aufnahme einer entsprechenden Unterweisung in klinischer Psychologie in ausgedehntem Maße vervollkommnet werde.

# Bibliographie.

## Allgemeines.

Bleuler, Psychotherapie. Münchener Med. Woch., 1905, S. 222.
Freud, Über Psychotherapie. Wiener Med. Presse, 1905, Nr. 1. Abgedruckt in seiner Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, I. Folge.
Hart Bernard, The Methods of Psychotherapy. Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dec. 1918.
Loewenfeld, Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. 1897.
Münsterberg, Psychotherapy. 1909.
»Psychotherapeutics«, A Symposium by Various Authors. ⟨Badger, Boston 1909.⟩
Prince Morton, The Psychological Principles and Field of Psychotherapy. Journal of Abnormal Psych., Vol. IV.
Raymond, Névroses et Psycho-Névroses. 1907.
Rosenbach, Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. 1897.
Sollier, Zahlreiche Artikel in den Archives de Neurologie und dem Journal de Psychologie.
Siehe auch das Journal of Abnormal Psychology, Journal de Psychologie, die Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie und das Journal für Psychologie und Neurologie.

## Suggestion und Überredung.

Babinski and Froment, Hysteria or Pithiatism. ⟨Engl. Übersetzg.⟩ 1918.
Benedikt, Hypnotismus und Suggestion. 1894.
Bérillon, Zahlreiche Artikel in der Revue de l'hypnotisme.
Bernheim, Hypnotisme, Suggestion et Psychotherapie. 1903.
Bramwell Milne, Hypnotism: its History, Practice, and Theory. 1906.
Camus et Pagniez, Isolement et Psychotherapie. 1904.
Déjerine et Gauckler, Les Manifestations functionelles des Psychonévroses: leur Traitement par la Psychothérapie. 1911.
Dubois, Les Psycho-Névroses et leur Traitement moral. 1908. — L'Education de soi-même. 1908.
Ferenczi, Introjektion und Übertragung. Jahrbuch der Psychoanalyse, Band I. ⟨Abgedruckt in seinen Contributions to Psycho-Analysis 1916.⟩
Forel, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. 1911.
»Hypnotism.« Discussion at the International Congress for Medical Psychology, Journal für Psychologie und Neurologie, Band XIX.
Jones Ernest, The Action of Suggestion in Psychotherapy. Journal of Abnormal Psychology, Vol. V. ⟨Abgedruckt in seinen »Papers on Psycho-Analysis«, 1918.⟩
Lévy, L'Education rationelle de la volonté, son emploi therapeutique. 1907. — Neurasthenie et Névroses: leur guérison en cure libre. 1909.

Putnam, On the Etiology and Treatment of the Psychoneuroses. Boston Med. and Surg. Journal. 1910.
De la Tourette, L'Hypnotisme et les états analogues. 1889.
Tuckey Lloyd, Treatment by Hypnotism and Suggestion. 1913.
Siehe auch die Revue de l'hypnotisme und die Zeitschrift für Hypnotismus.

## Neuerziehung.

Bezzola, Zur Analyse psychotraumatischer Symptome. Journal für Psychologie und Neurologie, Band VIII.
Contet, Les Méthodes de Reéducation en Thérapeutique. 1905.
Janet, Traitement psychologique de l'hystérie, in Robin's Traité de thérapeutique. — Les médications psychologiques. 1919 et seq.
Jones, Ernest, The Mechanism of a severe Briquet Attack. Journal of Abnormal Psychology, Vol. II. — Remarks on a Case of Complete Autopsychic Amnesia. Journal of Abnormal Psychology, Vol. IV.
Jung, Analytical Psychology, 2nd Ed. 1917.
Prince, Morton, Zahlreiche Artikel im Journal of Abnormal Psychology.
Vogt, Oskar, Zahlreiche Artikel in der Zeitschrift für Hypnotismus, besonders in Band III und XI.

## Psychoanalyse.

Brill, Psychanalysis: Its Theory and Practical Application. 2nd Ed. 1914.
Breuer und Freud, Studien über Hysterie. 1895.
Ferenczi, Contributions to Psycho-Analysis, 1916.
Freud, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 4 Bände, 1906—1918. — Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 1915—1917.
Hitschmann, Freuds Neurosenlehre, 2. Aufl. 1913.
Jones, Ernest, Papers on Psycho-Analysis. 2nd Ed. 1918.
Jung, Psychoanalyse und Assoziationsexperiment, Journal für Psychologie und Neurologie, Band III. — The Association Method. American Journal of Psychology. 1910.
Kaplan, Grundzüge der Psychoanalyse. 1914.
Muthmann, Zur Psychologie neurotischer Symptome. 1907.
Pfister, Die psychoanalytische Methode, 1913.
Putnam, Zahlreiche Artikel im Boston Med. and Surg. Journal, Journal of Nerv. and Ment. Dis., etc. ⟨Bd. I der Internat. Psycho-Analytic Library 1921⟩
Régis et Hesnard, La Psychoanalyse des Névroses et des Psychoses. 1914.
Siehe auch das Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrbuch der Psychoanalyse, die Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, Psychoanalytic Review und das International Journal of Psycho-Analysis.

## III. Kapitel.

# Angstneurose.

Die Symptome, die wir unter dieser Bezeichnung zusammenfassen, werden in den Lehrbüchern gewöhnlich der Neurasthenie zugerechnet, ein bedauerlicher Irrtum, durch den sich die weitgehenden Unterschiede in der Pathologie der beiden Zustände verwischen. Die Gruppe der Angstsymptome wurde zuerst 1893 von Hecker deutlich beschrieben, dann unabhängig von ihm 1895 von Freud und 1898 von Morton Prince von der eigentlichen Neurasthenie abgetrennt, der letztgenannte Autor behandelte aber die Symptomatologie und Pathologie dieses Zustandes in sehr unzulänglicher Weise.

Freud führte die Bezeichnung »Angstneurose« für diese Krankheit ein, weil die Angst ihr konstantestes Symptom ist und alle übrigen Symptome in enger Beziehung zur Angst stehen, ja einfach als ihre verschiedenen Ausdrucksformen angesehen werden können.

### a) Symptome.

Man unterscheidet bei den Symptomen anfallsweise auftretende und Dauersymptome, obzwar die ersteren oft nur Verstärkungen der letzteren sind. Bei einem akuten Anfall ist das Angstgefühl oft sehr intensiv, von Kongestionsgefühlen im Kopf und von Furcht vor einem drohenden Schlaganfall, vor Wahnsinn oder Tod begleitet, es kann sogar zu Bewußtlosigkeiten kommen und viele Ohnmachten sind in Wirklichkeit

Beispiele für diesen Zustand. Der Gedankenablauf wird entweder beschleunigt und erregt oder so gehemmt, daß eine Vorstellungsleere entsteht. Bei leichten Anfällen verspürt der Patient nur Unsicherheit und Verwirrung und ist unfähig, seine Gedanken zu sammeln, am häufigsten geschieht das knapp vor Ablegen einer mündlichen Prüfung, vor einer öffentlichen Rede oder dem Auftreten auf der Bühne ‹Lampenfieber›. Die Herztätigkeit wird beschleunigt, manchmal unter krampfartigen Schmerzen, starkem Herzklopfen, Herzflattern und unregelmäßigem Puls, ja sie scheint vorübergehend auszusetzen, hierher gehören viele Fälle, die man während des Krieges an Soldaten beobachtet und als »Herzneurose« beschrieben hat. Es können ferner allgemeine Zitteranfälle und Schweißausbrüche mit gleichzeitiger starker Pupillenerweiterung auftreten, ebenso Übelkeiten und in manchen Fällen Brechanfälle, Es kann allgemein zu übermäßigen und ungeordneten Kontraktionszuständen der glatten Muskulatur kommen, als deren Folgen sich krampfhafte Darmentleerungen, Harn- und Stuhldrang, Samenabgänge, vaginale Entladungen, Verengung der Hautgefäße, bis die Haut kalt und cyanotisch wird, u. dgl. ergeben. Die Körpersekretionen werden stark in Mitleidenschaft gezogen, in der Regel hört die Speichel- und Magensekretion auf, während die Schweiß- und Urinabsonderung gesteigert werden. In vielen Fällen sind die Atmungssymptome besonders ausgeprägt, vor allem in Form von Asthmaanfällen mit Atemnot und Beklemmungs- und Erstickungsgefühlen.

Die Anfälle sind oft larviert oder rudimentär, so daß nur einige der Symptome zum Vorschein kommen. Die häufigsten solcher Anfälle sind die von Herzklopfen, Schwindel, Heißhunger, Schweißausbrüchen, von unwiderstehlichem Drang zur Harn- oder Stuhlentleerung und Erstickungsgefühlen. Sie werden von verschieden starker Angst begleitet, über die der Patient aber selten spontan klagt, da seine Aufmerksamkeit von den somatischen Begleiterscheinungen in Anspruch genommen wird.

Der chronische Zustand besteht in einer ängstlichen Erwartung, die jederzeit bereit ist, sich mit der einen oder anderen Vorstellung, die in irgend einer Weise zur Angstentwicklung berechtigt, zu verbinden, so z. B. mit den Gedanken an Armut oder Bankerott, Einbuße der Gesundheit oder Leistungsfähigkeit und den Vorstellungen von Gefahren, die von außen drohen, wie Gewitter, Unfälle etc. Gewöhnlich ist die Angst nur lose mit diesen Vorstellungen verbunden, eine dauernde Verknüpfung stellt sich nur im Falle einer ausgesprochenen Phobie her, die aber nicht

zu dieser Neurosengruppe gestellt wird. Fast immer finden wir Schlafstörungen, am häufigsten Schlaflosigkeit oder Alpträume. Ferner eine allgemeine Ruhelosigkeit, »Nervosität« oder Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit mit besonderer Gehörshyperästhesie. Andere Dauersymptome sind leichter Schwindel, vasomotorische Kongestionen, wobei Kälte- und Hitzegefühle in den Extremitäten miteinander abwechseln, Magen- und Darmstörungen, besonders Übelkeiten und Diarrhöe, Herz- und Atemstörungen, wie z. B. Herzkrampf, Beklemmungen und periodisch wiederkehrendes Seufzen beim Atemholen und verschiedene Parästhesien, die rheumatische oder neuralgische Schmerzen vortäuschen können.

Diese Schilderung zeigt, wie erstaunlich vielgestaltig diese Krankheit ist und daß sie viele Erscheinungen umfaßt, die man gewöhnlich als Nervosität oder Neurasthenie bezeichnet. Man muß nur an die vielen Neurotiker denken, die an chronischer Ängstlichkeit und Reizbarkeit leiden und sich mit unnützen Sorgen quälen, die von Parästhesien und Neuralgien heimgesucht werden, welche man unter dem vagen Terminus »Neuritis« zusammenfaßt, von den Zirkulationsstörungen, die man Vagusneurose und Pseudoangina pectoris nennt, von den Magenleiden, die als Dyspepsie und als Magengeschwür gedeutet werden, und von unbestimmten funktionellen Störungen, wie z. B. Schlaflosigkeit, Lampenfieber, vasomotorisch bedingten Hitze- und Kältegefühlen etc.

Trotzdem ist es nicht schwer, diese ganze, scheinbar heterogene Gruppe von psychischen und physischen Symptomen und Syndromen in einer gemeinsamen Formel zusammenzufassen. Sie alle können als Übertreibungen und Entstellungen der normalen physiologischen Begleiterscheinungen der Angst angesehen werden und die ganze Neurose erscheint auf diese Weise sozusagen als eine Perversion des Angstaffekts. Die krankhafte Natur des Zustandes besteht ihrem Wesen nach darin, daß der Patient an einem Maß von Angst leidet, das durch die äußeren Umstände nicht in befriedigender Weise zu erklären ist. Man sieht ferner, daß die Symptome sich in zwei Gruppen scheiden lassen, von denen die eine Äußerungen von Aktivitätssteigerung, die andere solche von Hemmung und Aktivitätsherabsetzung umfaßt; zu der ersteren gehören z. B. die Tachycardie, die Tachypnoe und die Polyurie, zu der letzteren die Magenerschlaffung, die Erscheinungen von Atemnot mit Seufzen etc. Diese Bemerkung gilt ebenso für die psychischen wie für die physischen Symptome.

## b) Diagnose.

Wenn man die Diagnose dieses Zustandes stellt, darf man vor allem zwei seiner Hauptzüge nicht außer acht lassen: erstens die Häufigkeit, mit der Symptome, die sich auf das eine oder andere Organsystem beziehen, derart in den Vordergrund treten, daß das ganze klinische Bild von ihnen seine Gestaltung bekommt. In solchen Fällen geschieht es leicht, daß die Hauptsymptome zu Ungunsten der Begleiterscheinungen das ganze Interesse auf sich ziehen und man dadurch die allgemeine Natur des Zustandes übersieht. Nur selten sind alle die möglichen Äußerungsformen der Störung in so gleichmäßiger Weise vorhanden, wie in der obigen Schilderung angedeutet wurde; fast immer findet in größerem oder geringerem Umfang eine Lokalisation der Symptome statt. Diese Lokalisation wird zu einem Teil von psychischen, zum anderen Teil von physischen Momenten bestimmt; so wird z. B. ein Patient mit einem organischen Herzfehler leichter als irgend ein anderer gerade an Herzsymptomen leiden, wenn er eine Angstneurose entwickelt. Viele Fälle von Asthma, Angina, Magen- und Darmstörungen etc. werden in dieser Weise fälschlich dem anscheinend defekten Organsystem zugeschrieben, weil man die primäre Neurose nicht erkennt. Ebenso kann eine große Zahl von organischen Krankheiten von der Neurose getreu genug nachgeahmt werden, um den praktischen Arzt zu täuschen. Ich habe z. B. mehr als einmal gesehen, wie die Diagnose auf Lungentuberkulose in Fällen von Angstneurose gestellt wurde, bei denen die hervorstechendsten Symptome Gewichtsverlust, Nachtschweiß und unbestimmte Atemstörungen waren. Die zweite Besonderheit ist, daß die psychischen Erscheinungen häufig den physischen untergeordnet sind und der Beobachter dadurch verleitet wird, sie zu übersehen. Das übermäßige Hervortreten der physischen Manifestationen gegenüber den psychischen ist ein charakteristisches Merkmal der krankhaften Angst im Gegensatz zur Normalangst und besonders bezeichnend für die leichteren und mehr chronischen Formen dieser Krankheit. Wir müssen diesen Punkt im Auge behalten, wenn wir zu entscheiden versuchen, ob Angst von einer bestimmten Intensität normal oder abnorm ist, wie wir auch in dem gleichen Zusammenhang unsere frühere Bemerkung über das Mißverhältnis der Reaktion zu der Größe der auslösenden Ursache nicht außer acht lassen dürfen.

## c) Pathogenese.

Für weitere hierher gehörige Details über die Symptomatologie, Ätiologie und Pathologie wird der Leser auf die Originalarbeiten Freuds verwiesen, auch Loewenfeld gibt eine gute Beschreibung des klinischen Bildes[1]. Diejenigen Leser, die sich für die zahlreichen Ansichten interessieren, welche in bezug auf die Pathologie dieses Zustandes vorgebracht wurden, verweise ich auf eine vor einiger Zeit von mir veröffentlichte[2], detaillierte Arbeit über dieses Thema. Ich kann hier nur die Schlußfolgerungen, die ich dort aufgestellt habe, und auch diese nur kurz wiedergeben. Es herrschen im allgemeinen zwei Anschauungen vor, welche eine Erklärung des Zustandes auf physiologischer Basis versuchen, wobei kaum ein Autor, mit Ausnahme von Prince, eine psychologische Theorie vertritt. Einer tritt für eine verstärkte Erregbarkeit der Zentren ein, die für die Regulierung des sympathetischen Nervensystems und das Funktionieren der inneren Organe in Betracht kommen, der andere für eine verstärkte Erregung des Nervensystems durch Reize, die von diesen Organen ausgehen. Alle Autoren stimmen darin überein, daß wir es hier im wesentlichen mit einem Prozeß von Übererregung zu tun haben, einige halten diese Übererregung für eine relativ bedingte, die durch die Einwirkung normaler Reize auf übermäßig erregbare Zentren zustande kommt, andere für eine absolute, die von der Einwirkung überstarker Reize auf normale Zentren herrührt. Die Unmöglichkeit, in der Mehrzahl von Fällen in den inneren Organen eine Quelle für pathologische Reize zu finden, hat die meisten Autoren bewogen, sich der erstgenannten Ansicht anzuschließen, obwohl der Mangel an ausgesprochenen Beweisen zu ihren Gunsten ebenso groß ist wie im Fall der letzteren. Janet kam einer Lösung der Frage nahe, als er auf die Analogie zwischen den neurotischen Symptomen und den Erscheinungen hinwies, welche sich ergeben, wenn viszeralen Erregungen die normale Abfuhr verwehrt wird, und Freud fand schließlich die Lösung dadurch, daß er die Quelle der verstärkten Erregung empirisch entdeckte, u. zw. nicht in pathologischen Störungen der inneren Organe, wo man sie bisher gesucht hatte, sondern in einer mehr physiologischen Region, nämlich in einer übermäßigen und ungelösten sexuellen Spannung. Seine Aufstellungen lauten wie folgt:

---

[1] Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904.

[2] Papers on Psycho-Analysis, Ch. XXVII. 1918.

Unter bestimmten Umständen treten sexuelle Erregungen auf, die nicht, wie es natürlich ist, zur körperlichen Befriedigung und nicht einmal zu dem bewußten Wunsch nach einer solchen führen können, von ihrem Ziele abgelenkt, äußern sie sich psychisch als Angst und physisch als deren körperliche Begleiterscheinungen. Wir können uns nicht eingehender mit dem Verhältnis und den Wechselbeziehungen zwischen dem Angstaffekt und der Sexualfunktion beschäftigen, da es sich ja hier nicht um eine allgemeine Theorie der Neurosen, sondern nur um einige ihrer klinisch bedeutsamen Seiten handelt.

Jeder, der das tatsächliche Material sorgfältig studiert hat, mußte Freuds Ansicht über die Pathologie der Angstneurose bestätigen, so daß wir sie als Grundlage für die weitere Erörterung unseres Themas annehmen können. Für die Entstehung der Krankheit kommen vor allem zwei Momente in Betracht, nämlich verstärkte sexuelle Erregung einerseits und ungenügende oder nicht entsprechende Abfuhr der sexuellen Spannung andererseits, je ausgesprochener das eine der beiden Momente ist, desto mehr kann, zur Erzielung des gleichen Resultates, das andere in den Hintergrund treten. Die Häufigkeit, mit der diese Kombination sich im wirklichen Leben vorfindet, erklärt, daß wir Spuren von dieser Neurose so überaus häufig antreffen. Wir brauchen hier nicht auf die Umstände eingehen, die in individuellen Fällen zu ihrer Entstehung führen, typische Beispiele sind die folgenden: leidenschaftliche Zärtlichkeit während des Brautstandes, besonders wenn er sehr lange ausgedehnt wird, die Anwendung verschiedener schädlicher Mittel zur Verhütung der Schwangerschaft, insbesondere der Koitus interruptus, der wahrscheinlich die häufigste Ursache dieser Neurose ist, das plötzliche Zusammentreffen mit den groben Tatsachen des Sexuallebens bei Mädchen und Frauen, das Mißverhältnis zwischen Libido und Potenz oder zwischen Libido und der Gelegenheit zu ihrer Befriedigung, ein häufiger Zustand bei beiden Geschlechtern nach dem fünfzigsten Lebensjahr, und unter gewissen Bedingungen, besonders bei plötzlichem Verzicht auf die bisher geübte Befriedigung, die sexuelle Abstinenz. Jede dieser Situationen wird umso eher zur Bildung einer Angstneurose führen, wenn die Unterdrückung der körperlichen Befriedigung mit einer überstarken Verdrängung von psychischer Seite Hand in Hand geht.

Natürlich dürfen wir dabei nicht vergessen, daß zu diesen Faktoren noch eine Menge von verschiedenen anderen hinzutreten

kann, vor allem die natürlichen Gründe zur Angst — Krankheit oder gefährliche Lage eines Familienmitgliedes, Furcht vor Mißerfolg etc. — und dazu Momente wie Kummer, Sorgen, Erschütterungen und psychische Überanstrengungen. Es geschieht nicht selten, daß der Ausbruch einer Neurose durch einen dieser Faktoren ausgelöst wird und daß die Neurose teilweise oder vollständig verschwindet, wenn die Wirksamkeit solcher unterstützender Faktoren zu Ende ist. Es kann aber jeder von ihnen oder es können alle derartigen Faktoren in einem bestimmten Fall fehlen, während andererseits der spezifische und wesentliche Faktor immer vorhanden ist; eine Angstneurose wird nie bei einem Menschen auftreten, dessen sexuelle Bedürfnisse befriedigt sind. Wie bei den meisten anderen Krankheiten, z. B. bei Infektionskrankheiten, können die spezifischen Erreger vorhanden sein, ohne die Krankheit hervorzubringen; es kommt dabei ausschließlich auf die Intensität oder Dosierung an. In solchen Fällen kann die Spannung, die durch das Hinzutreten eines unterstützenden Faktors erzeugt wird, gerade genügen, um eine vorher latente Neurose zum Vorschein kommen zu lassen, die dann, nach dem Aufhören seiner Wirksamkeit, neuerdings latent wird; unter solchen Umständen wird der oberflächliche Beobachter fast durchwegs den Irrtum begehen, diesen Erreger für die eigentliche Ursache der Krankheit zu halten, ebenso wie man vor Jahren in dem Erschrecken die Ursache für die Entstehung der Basedow'schen Krankheit zu sehen glaubte. In Wirklichkeit verhält sich die Sache so, daß die Wirksamkeit des spezifischen Erregers die Widerstandsfähigkeit des Betreffenden gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens verringert, so daß er von ihnen überwältigt wird, während er sonst fähig gewesen wäre, ihnen standzuhalten. In zahlreichen Fällen ist die Einwirkung eines unterstützenden Momentes für die Entwicklung der Krankheit überflüssig, da die Intensität des spezifischen groß genug ist, um ihre Auslösung zu bewirken.

### d) Behandlung.

Es gibt drei verschiedene Arten, eine Angstneurose zu behandeln, die sich danach unterscheiden, gegen welche der drei Ursachen des Zustandes, die spezifische, die konstitutionelle oder die Hilfsursachen die Behandlung gerichtet ist; wir wollen sie der angeführten Reihenfolge nach durchgehen.

Das spezifische Moment. — Die Behandlung dieser Ursachen ist die einzige Art, um die Neurose radikal zum Verschwinden zu bringen. Sie besteht darin, daß die wesentliche Störung des Sexuallebens festgestellt und Abhilfe für sie geschaffen wird. Wenn wir an die Situationen denken, von denen diese Erkrankung ihren Ausgang nehmen kann, so bemerken wir, daß sie sich, allgemein gesprochen, in zwei Gruppen scheiden, für die einen kann man mit ein paar Worten eines geeigneten Ratschlages Abhilfe schaffen, die andern aber sind so gut wie gar nicht zu beeinflussen. In dem ersteren Fall wird die Neurose in Kürze dadurch geheilt, daß man die Störung des Sexuallebens beseitigt, z. B. den Patienten veranlaßt, den Koitus interruptus entweder durch einen ungehinderten Verkehr oder durch hygienischere Präventivmaßnahmen zu ersetzen. Bei der zweiten Gruppe von Fällen liegt es oft nicht einmal in der Macht des Arztes, dem Patienten zu einer Abänderung des Sexuallebens zu raten, z. B. in so vielen Fällen von erzwungener Abstinenz. Wir müssen deshalb die folgende Regel aufstellen: die sexuelle Abweichung sollte überall korrigiert werden, wo die Möglichkeit dazu besteht, ist es unmöglich, so muß der Arzt zu einem der beiden folgenden Verfahren seine Zuflucht nehmen.

Das konstitutionelle Moment. — Es ist keine ungewöhnliche Beobachtung, daß von zwei Personen, die dem Einflusse der gleichen oben besprochenen spezifischen Ursachen ausgesetzt sind, die eine viel stärker an Angst leidet als die andere. Derartige Vorkommnisse sind uns natürlich überall in der allgemeinen Medizin vertraut und wir sind gewohnt, sie auf den Einfluß eines mehr oder weniger scharf umrissenen »konstitutionellen« Faktors zurückzuführen, der scheinbar in dem einen Fall mitspielt, im anderen aber nicht, dieser Faktor ist gewöhnlich, aber nicht immer, ererbt. Auch bei der Angstneurose begegnen wir diesem konstitutionellen Faktor und sind glücklicherweise imstande, seine Natur und Wirkungsweise zu definieren. Er unterscheidet sich von dem spezifischen Faktor dadurch, daß er rein psychisch ist und außerdem dadurch, daß er seinen Ursprung aus der frühen Kindheit des Betreffenden herleitet. Seine günstige Beeinflussung ist durch eine geeignete psychotherapeutische Behandlung möglich, durch die der Patient instand gesetzt wird, die in Betracht kommende spezifische krankmachende Situation mit geringerer und oft überhaupt ohne jegliche Schädigung zu ertragen.

Um diesen Punkt klarer zu machen, kann ich nicht umhin, einzelnes

aus der im nächsten Kapitel folgenden Erörterung der Angsthysterie vorwegzunehmen. Ich wähle zwei Beispiele zur Erläuterung. Das erste ist der Fall eines Mannes, dessen frühe psychische Entwicklung so normal als möglich vor sich gegangen ist, der aber an einem Angstzustand leidet, welcher dadurch herbeigeführt wurde, daß er mehrere Jahre den Koitus interruptus ausübte ‹insbesondere wenn er ihn in der für ihn am meisten schädlichen Form ausübte, sich nämlich ausschließlich durch die Rücksicht auf die Befriedigung seiner Frau leiten ließ›; der andere Fall ist der eines Mannes, dessen frühe psychische Entwicklung ernste Folgen für sein psycho-sexuelles Leben nach sich gezogen hat, so daß er auch unter günstigen äußeren Umständen keine Befriedigung finden kann — er kann z. B. direkt impotent werden — und der gleichfalls infolge ungelöster sexueller Spannung einen Angstzustand entwickelt. Der erstere Fall ist ein Beispiel für eine Angstneurose, der letztere für eine Angsthysterie; bei dem ersteren liegt die primäre Ursache außerhalb, bei dem letzteren innerhalb des Seelenlebens. Zwischen diesen beiden Extremen lassen sich alle möglichen Zwischenstufen beobachten, bei denen die relative Bedeutung der aktuellen physischen Störung und der vergangenen psychogenen von Fall zu Fall verschieden ist. Der gewöhnliche Durchschnittstypus ist der Fall eines Mannes, bei dem schädliche Einflüsse aus der Kindheit in einem gewissen Ausmaß wirksam sind, der von Angstsymptomen verschont bleibt, solange seine Sexualfunktion absolut normal ist, bei dem sie aber auftreten, sobald in dieser Beziehung die geringste Abweichung gemacht wird; er ist schlechter als ein Gesunder imstande, eine Abweichung von der normalen Sexualfunktion ohne Schädigung zu ertragen, und wird z. B. schon nach einer etwas längeren sexuellen Abstinenz verschiedene Angstsymptome produzieren. Nun ist es klar, daß die Behandlung in einem derartigen Fall entweder auf die physische oder die psychische Seite der Ätiologie gerichtet werden kann. Gegen die erstere ist die Abhilfe oft leichter zu finden, wenn sie aber aus verschiedenen Gründen nicht durchführbar ist, muß man auf die kompliziertere Art der Behandlung zurückgreifen. Man betrachtet den Fall dann als Psychoneurose, statt als »Aktualneurose« und die Behandlung ist unter diesen Umständen die gleiche wie bei der Hysterie. Wenn es sich bei dem therapeutischen Problem, das wir vor uns haben, ausdrücklich darum handelt, pathogene Faktoren abzuändern, die aus der frühen Kindheit stammen, so wäre es natürlich unklug, sich viel Erfolg von einer der im vorigen Kapitel

beschriebenen, oberflächlicheren Behandlungsmethoden zu versprechen; es ist ein Fall, bei dem die Psychoanalyse nicht zu umgehen ist.

Die wachsende Erfahrung hat gezeigt, daß eine viel größere Anzahl von Fällen als man sich vorgestellt hatte, zu diesem Typus der doppelten ätiologischen Faktoren gehören, infolgedessen also Mischfälle von Angstneurose und Angsthysterie sind. Es ist nicht zu leugnen, daß sich auffallende Verschiedenheiten in dem Ausmaß finden, in dem verschiedene Personen durch genau die gleichen somatischen Reize geschädigt werden, und eine Untersuchung lehrt uns, daß die Ursache dieser Verschiedenheiten in den konstitutionellen Faktoren zu suchen ist, die im Laufe der frühen seelischen Entwicklung entstanden sind, die aber durch eine entsprechende psychische Behandlung in weitgehendem Maße günstig beeinflußt werden können.

Die Hilfsursachen. — Wir haben oben darauf hingewiesen, daß bei den meisten Fällen von Angstneurose neben den spezifischen Erregern eine Reihe von Hilfs- oder auslösenden Ursachen wirksam ist und daß der Grad, in dem die Störung zum Ausdruck kommt, also die Ausdehnung des wirklichen Leidens, zum großen Teil von ihnen abhängen kann. Wenn es gelingt, sie zu beseitigen, wird der Zustand des Patienten gewöhnlich erheblich gebessert und nicht selten auf diese Weise die normale Verfassung so gut wie wiederhergestellt. Zu diesem Zwecke kann man sich der folgenden Maßnahmen bedienen: Vermeidung jeder Art von Erregung, ‹nicht nur von Gelegenheiten zur sexuellen Erregung, obwohl diese natürlich im Vordergrund stehen›, Vermeidung von Sorgen, von Aufgaben und Situationen, die Angst hervorrufen könnten, Wechsel der Umgebung und der Interessen, eine allgemein hygienische Lebensführung etc. Es ist aber bei weitem befriedigender, den Patienten dahin zu bringen, daß er mit Ruhe allen Situationen und Schwierigkeiten des gewöhnlichen Lebens entgegensehen kann, als ihn in einer Verfassung zu lassen, in der er nur so lange von seinem Leiden befreit ist, als er ein künstlich beschränktes Leben führt; dieses Ziel aber kann in verläßlicher Weise nur mittels einer der beiden oben beschriebenen, radikalen Behandlungsarten erreicht werden.

Symptomatische Behandlung. — Schließlich müssen wir noch ein Wort über die symptomatische Behandlung sagen. Man geht bei ihr in der auch sonst in der Medizin bei der Behandlung von Übelkeiten, Diarrhöe etc. üblichen Weise vor, so daß eine eingehende Beschreibung hier überflüssig ist. Ein besonders störendes Symptom ist die Schlaflosig-

keit und hier ist es wichtig, alle anderen Maßnahmen zu versuchen, wie heiße Bäder, kalte Einpackungen etc., ehe man zu der Verabreichung von Schlafmitteln greift. Dasselbe gilt mit noch erhöhtem Nachdruck für die Verwendung von Opium zur Beruhigung von Angstanfällen, obwohl man gelegentlich so schwere und andauernde Anfälle antrifft, daß, besonders beim Hinzutritt von Depressionen, die Verabreichung dieses Mittels zweckmäßig und berechtigt erscheint. Es ist von Nutzen, wenn man dem Patienten rät, sich sogar bis zur Ermüdung mit körperlichen Übungen oder Arbeiten zu beschäftigen, das gilt aber in keiner Weise für geistige Arbeit.

## Bibliographie.

Freud, Sammlung etc. I. Folge, Kapitel V. und VII.
Jones Ernest, Papers on Psycho-Analysis. Ch. XXVII.

## IV. Kapitel.

# Angsthysterie.

Dieser Terminus wurde 1908 von Freud zur Bezeichnung bestimmter neurotischer Zustände geprägt, die sowohl mit der klassischen Hysterie wie auch mit der Angstneurose nahe verwandt sind; sie stehen sozusagen in der Mitte zwischen diesen beiden Zuständen, mit denen wir bereits vertraut sind. Die Fälle von Angsthysterie werden in den Lehrbüchern gewöhnlich bei anderen Zuständen, mit einer von der ihren völlig abweichenden Pathologie, eingereiht und als neurasthenische oder psychasthenische Zustände bezeichnet. Sie äußern sich in Form von verschiedenen Phobien und in den Symptomen, die wir im letzten Kapitel als charakteristisch für die Angstneurose beschrieben haben. Allerdings gehören nicht alle Phobien, wie man manchmal irrtümlich annimmt, hierher — einige von ihnen sind z. B. Erscheinungsformen der Zwangsneurose — immerhin aber doch die Mehrzahl. Neun Zehntel aller Fälle der sogenannten »Nervosität« bei Kindern sind Angsthysterien, die sich auch bei Erwachsenen und besonders bei Frauen ungemein häufig vorfinden. Die Phobien, Hemmungen und übrigen psychischen Symptome haben, wie im folgenden auseinandergesetzt wird, eine ganz andere pathologische Bedeutung als die physischen Angstsymptome, die bei dieser Krankheit auftreten, und es ist wichtig, die Unterschiede zwischen ihnen nicht zu vernachlässigen.

### a) Beziehungen zu anderen Neurosen.

Beziehungen zur Angstneurose. Die Beziehungen zwischen der Angsthysterie und der Angstneurose haben wir bei der Erörterung

der letzteren kurz angedeutet. Man kann sie wie folgt charakterisieren: Das Vorhandensein einer Angsthysterie oder, genauer, der Erreger, die sie verursachen, bildet eine wichtige disponierende Ursache für die Angstneurose; andererseits bildet das Vorhandensein einer Angstneurose, oder wieder der Erreger, die sie verursachen, eine auslösende oder beschleunigende Ursache für die Angsthysterie, vorausgesetzt, daß die spezifischen Ursachen für die letztere ebenfalls vorhanden sind. Der erstgenannte Zustand disponiert die betreffende Person für die Angstneurose und das Auftreten des letztgenannten ist dazu geeignet, eine latente Angsthysterie zum Vorschein zu bringen. Auf diese Art stellt sich oft ein circulus vitiosus her und die Behandlung ist genötigt, sich auf zwei verschiedene Punkte zu konzentrieren. Wir müssen uns im folgenden mit den Gründen für die Beeinflussung des einen Zustandes durch den anderen beschäftigen.

Im Falle einer Angsthysterie ist es dem Verdrängungsvorgang, der eine normale Begleiterscheinung der kindlichen Entwicklung ist, nicht oder doch nur in unvollkommener Weise gelungen, die Ersatzbildungen ‹Sublimierungen› zustande zu bringen, die Bedingung für psychische Gesundheit und Harmonie sind. Dieser indirekten Art zur Befriedigung der primären Triebregungen zumindest teilweise beraubt, leidet der betreffende Mensch mehr als ein Normaler unter jeder Anhäufung sexueller Spannung, die im späteren Leben etwa auftritt, und fällt infolgedessen umso leichter einer Angstneurose zum Opfer, wenn sich Umstände ergeben, die zur Entstehung einer solchen führen können. Außerdem gibt es eine zweite, noch wichtigere Art, in der eine Angsthysterie für das spätere Auftreten einer Angstneurose disponiert: es werden bei der Angsthysterie verschiedene Hemmungen aufgerichtet, die hinderlich auf die Fähigkeit einwirken, sexuelle Befriedigung zu verspüren, wenn die entsprechende Gelegenheit dafür sich bietet, und die so bei Männern zu psychischer Impotenz, bei Frauen zu sexueller Anästhesie führen; beide Erscheinungen können natürlich relativ oder absolut auftreten. Die Befriedigung ist hier aus einem inneren anstatt aus einem äußeren Grund unmöglich, das Ergebnis bleibt das gleiche — nämlich eine Angstneurose. Dieser zuletzt beschriebene Mechanismus ist aber natürlich nicht bei jeder Angsthysterie wirksam, sondern nur dort, wo die durch die Störung erworbenen Hemmungen direkt das sexuelle Gebiet betreffen.

Andererseits wirkt eine Angstneurose dahin, eine früher latente

Angsthysterie manifest werden zu lassen oder die Intensität einer schon manifesten zu verstärken. Ihre Wirkung ist etwa die gleiche wie die der aktuellen äußeren Lebensanforderungen im Falle einer gewöhnlichen Hysterie, sie ist nur ein mehr spezifischer und infolgedessen umso mächtigerer Faktor. Das Vorwärtsstreben des Sexualtriebes wird bei der Angsthysterie schon durch die verschiedenen »Fixierungen« behindert, welche die Weiterentwicklung über die entsprechenden Stadien des infantilen Lebens verzögern, so daß die Sublimierung nur in einem sehr unvollkommenen Ausmaß stattfinden kann. Der betreffende Mensch befindet sich also in einer viel heikleren Lage als der normale und kann nur gesund bleiben, solange alles gut geht; die Sublimierungen können, gemeinsam mit regulärer Sexualbefriedigung, hinreichen, um die ungehinderte Abfuhr der Energie zu ermöglichen, so daß es nicht notwendig ist, künstliche Bahnen in Form von neurotischen Symptomen zu schaffen. Wenn aber die sexuelle Befriedigung durch irgend eine der Ursachen verhindert wird, die zur Entstehung einer Angstneurose führen, dann entsteht eine Stauung und es findet eine »Regression« zu infantileren Formen der Äußerung statt. Diese letzteren Betätigungen machen infolge des Konflikts mit der vom Bewußtsein ausgeübten Zensur eine Entstellung durch und stellen dann die Symptome der Angsthysterie vor.

Beziehungen zur Konversionshysterie. — Die Beziehungen zwischen Angst- und Konversionshysterie sind die folgenden: Beide sind das Resultat der Wirksamkeit ähnlicher psychopathogener Faktoren, deren Ursprung in die Kindheit des Patienten zurückreicht, also einfach verschiedene Erscheinungsformen einer und derselben Krankheit. Der wesentliche Unterschied zwischen ihnen liegt darin, daß bei der Konversionshysterie die Wirksamkeit der krankhaften Triebregungen durch den im Kapitel über Hysterie besprochenen Vorgang der Konversion zur Schaffung somatischer Symptome führt, während ihre Tätigkeit sich bei der Angsthysterie auf das psychische Gebiet beschränkt, wo sie zur Schaffung spezifischer Phobien führt. Allerdings können bei beiden physische Symptome auftreten, z. B. Lähmungserscheinungen in dem einen, Zittern bei dem anderen Fall, diese Symptome sind aber ihrem Wesen nach durchaus verschieden. Bei der Konversionshysterie ist das physische Symptom das äußere Symbol für eine Gruppe von Vorstellungen, während es bei der Angsthysterie nur der Ausdruck, die notwendige physiologische Begleiterscheinung eines bestimmten Affektes ist; im ersteren

Fall hat das Symptom eine bestimmte psychische Bedeutung, im letzteren Fall keine. Beide Arten von Symptomen sind psychogenen Ursprungs in dem Sinne, daß sie beide letzten Endes auf krankhafte psychische Vorgänge zurückzuführen sind, bei der Konversionshysterie aber erzeugen diese Vorgänge direkt das Symptom, während sie bei der Angsthysterie nur einen bestimmten Affektzustand, die Angst, hervorbringen, die zufälligerweise immer von physischen Erscheinungen begleitet sein muß.

## b) Pathogenese.

Der psychologische Aufbau einer Phobie ist ein äußerst kompliziertes Gebilde und gleicht dem jedes anderen hysterischen Symptoms. Sie ist der symbolische Ausdruck für eine Anzahl von unbewußten Wünschen und der ihnen entsprechenden verdrängenden Kräfte, also mit anderen Worten eine Kompromißbildung. Die verdrängten sexuellen Wünsche, die infantilen Ursprungs sind, äußern sich im Bewußtsein als Angst, die, wie wir gelegentlich der Angstneurose besprochen haben, entweder anfallsweise oder als chronische Angst auftritt. Diese Angst wird aber, statt wie bei dem letztgenannten Zustand frei zu bleiben, an eine bestimmte Vorstellung geheftet, die irgend eine sexuelle Situation symbolisiert. Der Patient verspürt Hemmungen und Angst, wenn er eine bestimmte Handlung ausführen, z. B. einen freien Platz überqueren will, gerade, als wäre er ein Nervöser, der einen Sexualakt ausführen soll, zu dem er nicht imstande ist; er ist sich selbstverständlich des Sinnes und Ursprungs seiner Angst in keiner Weise bewußt. Die krankhaften Befürchtungen sind also der Ausdruck verdrängter Wünsche; von vielen von ihnen weiß man das allgemein, wie aus den bekannten Scherzen über das Mädchen hervorgeht, das vor dem Schlafengehen nachsieht, ob sich nicht ein Mann unter ihrem Bett verborgen hält, auf diese Vorsicht aber zu verzichten pflegt, sobald sie den Mann ihrer Wahl gefunden hat. Man darf aber nicht daran vergessen, daß der Vorstellungsinhalt der Phobie selten der gleiche ist wie der des Wunsches, welcher ihr zugrunde liegt; der erstere steht in einer engen assoziativen Verbindung mit dem letzteren, ist aber in den seltensten Fällen mit ihm identisch. Man kann also, mit anderen Worten, das Wesen des verdrängten Wunsches nicht einfach dadurch aufdecken, daß man bei einer Phobie die Furcht vor etwas durch den Wunsch nach etwas ersetzt; die Beziehungen zwischen den beiden sind von viel komplizierterer Art.

Die Aufgabe, der die Phobie dient, liegt ziemlich klar auf der Hand; sie ist eine Hemmung, die als Schutzmaßregel dient, um die Auslösung eines Angstanfalles zu verhüten. So entwickelt z. B. jemand, der mit einem derartigen Anfall darauf reagieren würde, wenn er von einem hochgelegenen Ort in die Tiefe sähe, Angst vor hochgelegenen Orten und schon der bloßen Vorstellung eines solchen; die Angst behütet ihn vor der Gefahr, sich jemals einem Anfall auszusetzen, aber natürlich auf Kosten einer bestimmten Einschränkung oder Verzichtleistung. Er ist von da an nicht mehr imstande, eine bestimmte Handlung auszuführen, gewöhnlich etwas, das ein normaler Mensch ohne Mühe vollbringt. Im Laufe der natürlichen Entwicklung der Krankheit häufen sich dann die Hemmungen. Im Verlaufe der Zeit werden mehr und mehr hemmende Phobien wie ein Gürtel von Festungen aufgerichtet und in vielen Fällen wird dieser Vorgang fortgesetzt, bis er in einer vollständigen Versicherung gegen jede Möglichkeit eines Anfalls sein logisches Ende findet. Ist es so weit gelangt, so leidet der Patient überhaupt nicht mehr an Angst, es ist ihm aber eine beträchtliche Anzahl der normalen Handlungen des Lebens zur Unmöglichkeit geworden, wie z. B. das Überqueren von Straßen, das Leben in einer Stadt, das Betreten eines großen Raumes etc.

### c) Behandlung.

Die Behandlung der Angsthysterie gleicht in allen Stücken der Behandlung der Konversionshysterie, mit dem einen Zusatz, daß sie sich auch auf die Angst selber richten muß. Ich verweise den Leser deshalb auf die Kapitel über Hysterie und Angstneurose, die sich beide in jedem Detail auf den hier besprochenen Zustand anwenden lassen. Man kann behaupten, daß Angst und »unbegründete« Befürchtungen sich schwerer als die anderen Symptome der Hysterie mittels Suggestion beeinflussen lassen. Bei der psychoanalytischen Behandlung von Fällen von Phobie weichen einzelne Punkte in bezug auf die verwendete Technik von der Behandlung der Konversionshysterie ab; Leser, die sich eingehender mit diesem Thema befassen wollen, werden diesbezüglich auf spezielle Quellen verwiesen[1].

---

[1] Z. B. Freud, »Wege der psychoanalytischen Therapie.« Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, V. Jahrg. 1919.

# Bibliographie.

Devaux et Logre, Les Anxieux. 1917.
Freud, Sammlung etc. I. und III. Folge.
Frink, Morbid Fears and Compulsions. 1918.
Jones Ernest, Papers etc. Ch. XXVIII, XXIX.
Prince Morton, Fear Neurosis. Boston Medical and Surgical Journal, 1898.
Stekel, Nervöse Angstzustände und deren Behandlung. 2. Aufl., 1912.

## V. Kapitel.

# Neurasthenie.

### a) Nosologie.

Wir müssen uns vor allem klar machen, daß der Terminus Neurasthenie gewöhnlich auf eine Unzahl von Fällen angewendet wird, die in Wirklichkeit zu anderen Gruppen gehören. Seit Van Deusen vor mehr als vierzig Jahren diese Krankheit zuerst beschrieb und benannte, ist unter der Ärzteschaft die Neigung immer mehr gewachsen, ihr alle Arten von nervösen Symptomen und Syndromen, vorausgesetzt, daß sie nicht ausgesprochen hysterischer Natur waren, zuzurechnen, so daß sie schließlich heute ein Konglomerat der ungleichartigsten Zustände umfaßt, die oft nur in dem losesten Zusammenhang miteinander stehen. Es ist kaum eine Übertreibung, wenn man behauptet, daß es für die meisten Ärzte nur zwei Neurosen gibt, nämlich die Hysterie und die Neurasthenie.

Obgleich fast alle Lehrbücher der allgemeinen Medizin noch heute diesen Standpunkt vertreten, lehnen ihn doch die Neurologen und Psychopathologen seit Jahren immer energischer ab und keine Autorität in diesem Fach wird heute die Bezeichnung Neurasthenie in dem erweiterten Sinn gebrauchen, den man ihm in Laienkreisen beilegt. Man hat verschiedene Male den Versuch unternommen, diese lose untereinander verknüpfte Gruppe von Erscheinungen aufzulösen, und ehe wir daran gehen, uns selbst einen brauchbaren Begriff der Neurasthenie zu bilden, müssen wir wenigstens die folgenden Erwägungen in Betracht ziehen.

1. Die Diagnose auf Neurasthenie wird in vielen Fällen fälschlich gestellt, weil die meisten Ärzte nicht wissen, daß verschiedene Psychosen in der Praxis oft in andauernd leichten Formen vorkommen, so z. B.

das manisch-depressive Irresein (die Cyclothymie) und die Paraphrenie (Dementia praecox). Wenn man bedenkt, daß diese beiden Krankheiten allein mehr als zwei Drittel der in Irrenanstalten untergebrachten Fälle von Geisteskrankheit ausmachen, und daß vielleicht die Mehrzahl der an ihnen Leidenden gar nicht in Anstalten untergebracht ist, so versteht man, wie häufig derartige Irrtümer bei der Diagnose begangen werden müssen.

2. Die Mehrzahl der Fälle, die man für Neurasthenie hält, gehört in Wirklichkeit zu anderen Neurosen, die in bezug auf die Ätiologie, Pathologie und folglich auch betreffs der Behandlung durchaus von der ersteren abweichen. Ich denke hier insbesondere an Angstneurosen, Angsthysterien und Zwangsneurosen, die aus den oben besprochenen Gründen durchaus von der Neurasthenie abgetrennt werden müssen.

Es wäre wünschenswert, die Bezeichnung Neurasthenie auf ihre ursprüngliche Bedeutung einer Schwächungs- oder Ermüdungsneurose einzuschränken, deren wichtigste Symptome die folgenden sind: ein Gefühl großer psychischer und physischer Ermüdung (»brain fag«), begleitet von Schwierigkeiten bei der Konzentration der Aufmerksamkeit und bei anhaltender Arbeit, Kopfdruck, Empfindlichkeit des Rückgrats und verschiedene Paraesthesien, besonders der Gelenke und Muskeln. Es treten auch bestimmte Magen-Darmsymptome, wie Verstopfung und Dyspepsie mit Flatulenz dabei auf; diese letzteren sind aber weit mehr als die anderen Symptome von komplizierten psychogenen Faktoren abhängig.

3. Sogar das eben beschriebene Syndrom darf man nur dann als ein wirklich neurasthenisches, im Gegensatz zu einem neurasthenoiden, ansehen, wenn man nachweisen kann, daß es nicht die Folgeerscheinung irgend einer anderen Krankheit ist. Wir wissen z. B., daß dieses klinische Bild bei verschiedenen toxischen Zuständen zu sehen ist, besonders als Folgeerscheinung von Influenza und Unterleibstyphus und häufig in den Anfangsstadien einer allgemeinen Paralyse auftritt. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß es die Äußerung einer versteckten Hysterie sein kann, wie Morton Prince als erster im Zusammenhang mit Fällen von Spaltung der Persönlichkeit nachwies.

Wir können also den Terminus »Neurasthenie« in dem hier gebrauchten Sinn als primäre Ermüdungsneurose definieren, das heißt als Ermüdungsneurose, die nicht nur ein Syndrom irgend einer anderen Krankheit ist. Wahrscheinlich ist nicht mehr als ein Prozent der

Fälle, die man gewöhnlich als Neurasthenie bezeichnet, von dieser Art. Die echte Neurasthenie kommt am häufigsten beim männlichen Geschlecht vor, und zwar, wenigstens soweit meine Erfahrung reicht, besonders bei Studenten und Geschäftsleuten.

## b) Pathogenese.

Erblichkeit. — Es ist nicht wahrscheinlich, daß ererbte Momente bei der Entstehung dieser Neurose eine größere Rolle spielen, schon deshalb, weil sie häufig ganz vorübergehend auftritt. Man sieht sogar in ihr allgemein das beste Beispiel für eine erworbene Neurose und als solche wurde sie von Charcot von der »konstitutionellen Neurasthenie« und von Janet von der Psychasthenie abgetrennt, einem Zustand, den beide Autoren als wesentlich ererbt ansehen. Wir müssen uns deshalb nach einer Quelle der Erwerbung umschauen.

Toxischer Ursprung. — Fast alle Autoren stimmen darin überein, daß die wichtigsten ätiologischen Faktoren von physikalischer Natur sein müssen, sind sich aber über das Wesen dieser Faktoren weniger einig. Die Analogie mit Folgeerscheinungen der Influenza legt die Vermutung eines toxischen Erregers, und das häufige Auftreten von Verstopfung einen Zusammenhang mit dem Stoffwechsel nahe; diese Auffassung der Krankheit ist auch sicher in ärztlichen Kreisen am weitesten verbreitet. Nun ist das aber nur eine der Möglichkeiten zur Herbeiführung von chronischer Ermüdung, und wir haben nicht das Recht, sie als Erklärung anzunehmen, solange nichts dafür spricht, daß sie wahrscheinlicher ist als die übrigen Möglichkeiten. Als Bedenken gegen sie kann man vorbringen, daß sie bestenfalls eine spekulative Annahme ist, da niemals ein Zusammenhang des Zustandes mit irgend einem mikrobischen Toxin nachgewiesen werden konnte, daß wir kein Toxin kennen, das außer für kurze Zeit, einen neurasthenoiden Zustand hervorbringen kann, und dann nur, wenn es so giftig ist wie bei Influenza oder Typhus, und daß die betreffenden Patienten oft, so weit sich feststellen läßt, körperlich vollkommen gesund sind.

Geistige Überanstrengung und Überarbeitung. — Viele Autoren, die sich mit der vagen Vermutung eines toxischen Ursprungs nicht zufrieden geben wollten, haben den Krankheitszustand auf geistige Überanstrengung und Überarbeitung zurückgeführt, ohne daß aber bei diesem Versuch, die Ätiologie genauer zu bestimmen, viel herausgekommen

wäre. Wir haben keinen Grund, daran zu zweifeln, daß die genannten Momente in manchen Fällen wirksam sind, denn der Krankheitszustand kann verschwinden, wenn sie behoben werden, und kehrt zurück, wenn sie wiederkehren. Trotzdem können sie nicht die spezifischen Ursachen der Neurasthenie sein, denn sie sind in vielen Fällen überhaupt nicht vorhanden, und selbst wo sie es sind, gelingt es nur selten, viel Beziehungen zwischen ihnen und den wechselnden Phasen der Krankheit herzustellen. Aus denselben Gründen ist es auch unwahrscheinlich, daß ein bloßes Übermaß von Sexualgenuß, vorausgesetzt, daß die Art der Sexualbetätigung die normale ist, jemals zur Neurasthenie führen kann, wenn man diese auch gewöhnlich unter den wirksamen Ursachen anführt. Einer übermäßigen Sexualbetätigung stellen sich offenbar automatisch physiologische Hemmungen entgegen, die verhüten, daß je ernsthaft schädliche Folgen aus ihr erwachsen können.

Onanie. — Seit einer Reihe von Jahren hat man in dieser Beziehung der Onanie eine wichtige Rolle zugeschrieben, und nach Freud haben wir in ihr die spezifische Ursache der Neurasthenie im eigentlichen Sinne des Wortes zu sehen. Die Ansicht der Ärzte über die pathologische Bedeutung, die der Onanie zukommt, hat zu allen Zeiten große Schwankungen durchgemacht. Das eine Extrem hatte sie erreicht, als man sie für Rückenmarkschwindsucht und Geisteskrankheiten, wie auch für eine lange Reihe anderer Störungen verantwortlich machte; als Reaktion auf diese offenbaren Übertreibungen und falschen Behauptungen wurde sie dann für völlig harmlos erklärt. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich in der Mitte zwischen den beiden Extremen. Während kein Zweifel besteht, daß die meisten Folgen der Masturbation in zu schwarzen Farben gemalt werden, haben wir doch allen Grund anzunehmen, daß unter gewissen Umständen eine zu häufige Wiederholung des Masturbationsaktes nicht ganz ohne schädliche Nachwirkungen bleibt, und es ist uns jetzt möglich, diese Nachwirkungen mit annähernder Genauigkeit zu bestimmen.

Die Behauptung Freuds muß durch die folgenden Bemerkungen noch erweitert werden. Das offenbare Mißverhältnis zwischen der vorliegenden Ursache und der daraus entstehenden Wirkung wird durch den Zusatz erklärt, daß die Onanie nur unter gewissen Umständen zur Neurasthenie führt, nämlich wenn sie, sowohl was Häufigkeit als was Zeitdauer anbetrifft, im Übermaß geübt wird, und wenn ein ungewöhnlich intensiver moralischer Konflikt sie begleitet. Die darauf folgende Neurasthenie

ist nur eine Übertreibung und Fixierung der Schlaffheit, Ermüdung und allgemeinen Mattigkeit, die so häufig auf den einzelnen Masturbationsakt folgt, wenn er nach einem moralischen Konflikt ausgeführt worden ist. Ein großer Teil der Ermüdung ist, grob ausgedrückt, auf Rechnung des Energieaufwandes zur Überwindung der moralischen Bedenken zu setzen, ein Vorsatz, der gewöhnlich erst gelingt, wenn die sexuelle Spannung sich beträchtlich gesteigert hat. Man findet, daß in allen Fällen, in denen diese Bedenken intensiv genug sind, um eine Neurasthenie nach sich zu ziehen, ein tief verborgener psychischer Konflikt vorhanden ist ‹z. B. ein starker Widerstand gegen verdrängte Wünsche, die sich auf sexuelle Perversionen oder Inzestgedanken beziehen›, der seinen symbolischen Ausdruck in den Phantasien findet, deren Höhepunkt der masturbatorische Akt ist; dieses Moment ist bei der Masturbation von der größten Bedeutung und überwiegt bei weitem die der bloßen physischen Betätigung. Der Sexualakt bietet infolge dieses Konfliktes der angehäuften Erregung nur eine unzulängliche Abfuhr und ist demnach kein vollgültiger Ersatz für den normalen Akt. Außerdem werden bei der Onanie ungebührliche Ansprüche an die psychische Energie des betreffenden Menschen gestellt, insoferne nämlich, als er — sowohl physisch wie psychisch — Erregungen für sich produzieren muß, die normalerweise von außen kommen sollten. Er gibt also bei jedem einzelnen Sexualakt ebensoviel Energie aus als normalerweise von beiden Partnern beigesteuert werden sollte, ein Vorgang, der leicht zur Gleichgewichtsstörung führen kann.

Bei eingehender Untersuchung wird sich diese Ätiologie in jedem Fall von Neurasthenie nachweisen lassen. Dabei dürfen wir natürlich nicht daran vergessen, daß die unter dem Namen Onanie bekannte autoerotische Betätigung neben der manuellen Masturbation noch verschiedene andere Vorgänge umfaßt. So findet z. B. in manchen Fällen von Neurasthenie keine Masturbation statt, und das pathogene Moment ist statt dessen in zu häufigen nächtlichen Pollutionen zu suchen. Diese Pollutionen stellen, selbst wenn sie von ausschließlich unlustvollen Gefühlen begleitet sind, Sexualakte vor und werden wahrscheinlich regelmäßig von Träumen eingeleitet, in denen verdrängte sexuelle Wünsche entweder unverhüllt oder in symbolischer Verkleidung zum Ausdruck kommen.

Wir müssen weiter bedenken, daß die eben aufgestellten Behauptungen nur für die Neurasthenie in dem sehr eingeschränkten Sinne gelten, wie wir ihn oben definiert haben. Selbstverständlich leugnen wir auch von

diesem Gesichtspunkt aus die Wirksamkeit der übrigen, oben aufgezählten, ätiologischen Faktoren, vor allem von Überanstrengung und Überarbeitung, nicht. Wir weisen sie nur in die ihnen gebührende Stellung als Hilfsfaktoren oder auslösende Momente zurück und beschreiben die Rolle, welche sie spielen, wie folgt: Eine Person, bei der die spezifischen pathogenen Ursachen wirksam sind, kann an Neurasthenie erkranken oder nicht; dies hängt ausschließlich von der Intensität dieser spezifischen Ätiologie ab; sie kann aber jedenfalls den unterstützenden Krankheitserregern, wie z. B. geistiger Überarbeitung, weniger Widerstand entgegensetzen. Aus diesem Grunde findet man daher in vielen Fällen, daß die Ausbildung der Symptome je nach dem Vorhandensein oder der Abwesenheit dieser Hilfsfaktoren schwankt, da die Summe der Schädlichkeiten durch sie zu einer unerträglichen Höhe gesteigert wird.

Ich möchte abschließend darauf hinweisen, daß die Ätiologie der Neurasthenie einen fast absoluten Gegensatz zur Ätiologie der Angstneurose bildet, wie wir sie in einem früheren Kapitel beschrieben haben. Bei der erstgenannten finden wir einen Mangel an zugeführter Erregung und ein Übermaß an Abfuhr; bei der letzteren ein Übermaß an zugeführter Erregung und einen Mangel an Abfuhr. Die Behandlung ist deshalb bei den beiden Krankheiten auch eine durchaus verschiedene,

## c) Behandlung.

Es ist aus dem Vorhergehenden zu ersehen, daß sich die Behandlung der Neurasthenie in eine radikale und eine symptomatische scheiden läßt; die letztere entspricht dem therapeutischen Vorgehen, daß die medizinischen Lehrbücher allgemein anraten.

Die radikale Behandlung setzt sich aus Maßnahmen zusammen, die darauf abzielen, die unerwünschten autoerotischen Neigungen des Patienten abzuschwächen oder zum Verschwinden zu bringen. Dieses Ziel kann natürlich umso leichter erreicht werden, wenn die Umstände erlauben, sie durch eine normale Sexualbetätigung ersetzen zu lassen, die hier viel dringender notwendig ist als bei Menschen, die nicht zu autoerotischer Betätigung neigen; aber auch unter anderen Umständen ist die Lösung der Aufgabe keine unmögliche. Ich brauche hier nicht auf die verschiedenen mechanischen oder moralischen Mittel einzugehen, die man in Anwendung bringt, um Patienten von der Masturbation zu entwöhnen; ich möchte aber bemerken, daß alle diejenigen Mittel, die

darauf abzielen bei dem Patienten, die Überzeugung von seiner moralischen Minderwertigkeit zu wecken oder seine Befürchtungen in bezug auf die Schädigung seiner Gesundheit durch seine Gewohnheit zu verstärken, für unsere Zwecke besonders ungeeignet sind. Diese Mittel sind den Patienten und den Laien im allgemeinen wohl bekannt, wie auch die Grenzen ihrer Wirksamkeit, wenn kein Ersatz im Sexualleben zur Verfügung steht. Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, daß die Unzugänglichkeit des Patienten ihnen gegenüber gewöhnlich auf Rechnung verdrängter psychischer Komplexe zu setzen ist, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben und die man mit Hilfe der im Kapitel über Hysterie beschriebenen therapeutischen Maßnahmen beeinflussen kann, bei hartnäckigen Fällen ist daher eine solche Behandlung empfehlenswert und wird gewöhnlich den erwünschten Erfolg bringen.

Die therapeutischen Maßnahmen zur Linderung des Zustandes sind zu bekannt, als daß ich hier im einzelnen auf sie eingehen müßte. Sie bestehen hauptsächlich in dem Ausruhen von Arbeit und Anstrengung, dem Aus-dem-Wege-räumen von Anlässen für Sorgen und Aufregung ‹in zweiter Linie›, in Veränderung des Aufenthaltes und der Beschäftigung, Vorsorge für angenehme Ablenkung, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Hebung des allgemeinen Gesundsheitszustandes und in schweren Fällen in einer Weir-Mitchell-Kur. Am nützlichsten sind die Bemühungen, das Interesse des Patienten für neue Beschäftigungen zu erwecken, die aber von tätiger Art sein sollten, nicht sitzende Beschäftigungen. Alle diese Bemühungen aber leiden an dem Mangel, daß sie sich in keiner Weise mit den wesentlichen Krankheitsmomenten befassen, so daß der Patient, wenn er seine frühere Lebensweise wieder aufnimmt, was häufig unvermeidlich ist, leicht wieder in seinen früheren Zustand zurückfällt. Allerdings ist das nicht immer der Fall und es gelingt häufig, die Tageseinteilung und Lebensweise des Patienten derart umzugestalten, daß die Symptome dadurch in weitgehendem Maße beeinflußt werden. Bei leichteren Fällen genügen oft die oberflächlicheren Arten der Behandlung vollkommen, bei schwereren Fällen kann es notwendig werden, zu einer entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung zu raten, die den Patienten endgültig von den krankmachenden Einflüssen oder ihren Wirkungen befreit. Solange diese nicht behandelt sind, wird die Prognose des Falles immer zweifel-

haft bleiben, denn selbst wenn sich der Patient von einem Krankheitsanfall erholt, kann der nächste länger dauernd und schwerer sein und der Fall schließlich, besonders wenn er, was leicht möglich ist, durch schwerere Neurosen kompliziert wird, in eine chronische nervöse Invalidität auslaufen. Die Hauptgefahr ist dabei die Möglichkeit der Komplikation durch eine Zwangsneurose, für die viele neurasthenische Patienten besondere Veranlagung zeigen.

## Bibliographie.

Beard, A Practical Treatise on Nervous Exhaustion ⟨Neurasthenia⟩, 1880.
Beni-Bard, La Neurasthénie. 1908.
Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1896.
Ferenczi, Beitrag, veröffentlicht in den Diskussionen der Wiener psychoanalytischen Vereinigung, Heft 2, 1912.
Freud, Sammlung etc. I. Folge.
Proust and Ballet, The Treatment of Neurasthenia. ⟨Englische Übersetzung⟩, 1902.
Veraguth, Neurasthenie. 1910.

# VI. Kapitel.

## Zwangsneurose.

Diese Krankheit wird ebenso wie die Angsthysterie von Janet der »Psychasthenie« zugerechnet und in den medizinischen Lehrbüchern meistens im Zusammenhang mit der Neurasthenie erörtert. Sie stellt aber, wie man seit fast fünfzig Jahren weiß, eine besondere Neurose vor, die allerdings manchmal durch das Vorhandensein neurasthenischer oder hysterischer Erscheinungen kompliziert werden kann. Das diagnostische Merkmal dieser Neurose ist, daß verschiedene psychische Vorgänge von einem Gefühl des Zwanges begleitet sind, so als ob der Patient gegen seinen Willen durch eine äußere Kraft, gegen die er ohnmächtig ist, zu etwas genötigt würde, er hat auch die normale Fähigkeit eingebüßt, den Ablauf psychischer Vorgänge je nach den Bedürfnissen des Augenblickes zu hemmen.

### a) Symptome.

Man teilt die Symptome manchmal in die folgenden vier Gruppen ein: 1. Motorische Symptome ‹Zwangsimpulse, Zwangshandlungen›. 2. Sensorische ‹Zwanghafte Halluzinationen oder Empfindungen›. 3. Denksymptome ‹Zwangsvorstellungen›. 4. Affektive Symptome ‹zwanghaft auftretende Affekte, insbesondere Zweifel und Angst›. Die große Gruppe der Tiks ist diesen Symptomen wahrscheinlich ihrem Wesen nach nahe verwandt. Bekannte Beispiele für einen motorischen Zwang in kleinem Maßstab sind die zwanghaften Impulse, jeden zweiten Gitterstab einer Umzäunung im Vorübergehen zu berühren, auf die Spalten zwischen den Pflastersteinen zu treten oder sie beim Gehen zu

vermeiden etc. Der betreffende Mensch fühlt zur Ausführung einer solchen Handlung einen Drang, der ihn nicht zur Ruhe kommen läßt und der vollkommen gestillt wird, wenn er die Handlung ausführt, allerdings nur um etwas später neuerdings wiederzukehren. Spuren von solchen Tendenzen finden sich bei einer großen Anzahl von Kindern zwischen dem neunten und fünfzehnten Lebensjahr, auch solche nicht ausgenommen, die sich später völlig normal entwickeln.

Der Terminus »Obsession« oder »Zwangsvorstellung« ist streng genommen ungenau, der Vorgang sollte viel eher als ein »Zwangsdenken« oder ein »zwanghafter Gedankenablauf« bezeichnet werden. Ich gebe im folgenden ein einem wirklichen Krankheitsfall entnommenes typisches Beispiel: Ein Patient war genötigt, jedesmal wenn seine Aufmerksamkeit in irgend einer Weise auf eine bestimmte Vorstellungsreihe gelenkt wurde, sofort eine entsprechende Vorstellungsreihe ausfindig zu machen, die der ersten soweit als möglich entgegengesetzt war, dann ein Gegenstück für diese Reihe und schließlich eine der dritten entgegengesetzten zu suchen, er konstruierte auf diese Weise ein geistiges Parallelogramm und war oft noch gezwungen, auch das zu halbieren oder, immer mit den entsprechenden Vorstellungsreihen, andere Punkte herauszufinden, die dazu in mathematischer Beziehung standen. Wenn der Patient sich bemüht, eine der von dem Zwang diktierten Tendenzen zu unterdrücken oder zu übergehen, so erfaßt ihn ein mehr oder weniger starkes Unbehagen und häufig das Gefühl eines drohenden Unheiles, das eintreffen wird, wenn er dem Zwange nicht nachgibt, ein anderer Patient mußte z. B. jedesmal, wenn er eine Straße überquerte, seine rechte Hand auf den Rücken legen, wenn seiner Mutter nicht ein Unglück zustoßen sollte. Der Patient ist sich fast immer der Nutzlosigkeit, Torheit oder Lächerlichkeit seiner Zwangshandlungen bewußt, was es aber für ihn nicht weniger notwendig macht, sie auszuführen. Er hat mit anderen Worten vollkommene Einsicht in die pathologische Natur seiner Symptome.

Bei schweren Fällen wird der Patient von seinen Zwangsvorstellungen und Hemmungen derart beherrscht, daß er häufig außerstande ist, seine Aufmerksamkeit den Anforderungen, die das Leben an ihn stellt, zuzuwenden. Es gibt vom sozialen Standpunkte aus, außer den wirklichen Geisteskrankheiten, keinen Zustand, der die seelischen Kräfte des Betreffenden in weitergehendem Maße lahmlegt.

Der Patient wird sehr selten geisteskrank, obwohl er oft dafür gehalten wird und sich in fast allen Anstalten derartige Fälle finden. Die Seelenqualen, die der Kranke erleidet, sind zu Zeiten unbeschreiblich groß und er kann oft vor den ihn verfolgenden Zwangsvorstellungen, Hemmungen, Unsicherheiten, Zweifeln und Ängsten nicht einen Augenblick der Ruhe finden. Die Krankheit ist außerordentlich stark verbreitet, sie ist bei Männern häufiger als bei Frauen anzutreffen und tritt am häufigsten bei Personen von ungewöhnlich hoher Intelligenz auf. Für eine eingehendere Beschreibung des klinischen Bildes verweise ich den Leser auf die ausgezeichnete Schilderung in Löwenfelds diesbezüglicher Monographie[1].

## b) Pathogenese.

Der wesentlichste Zug im Krankheitsbilde dieser Neurose ist offenbar die übermäßige psychische Bedeutung, die bestimmten psychischen Vorgängen beigelegt wird. Sie äußert sich auf zwei einander entgegengesetzte Arten, nämlich als Zwang und als Hemmung. Der Patient ist genötigt, eine bestimmte geringfügige Handlung auszuführen oder einen banalen Gedankengang zu verfolgen, und zwar heftet sich daran ein solches Gefühl von dringender Notwendigkeit und absoluter Wichtigkeit, daß es vielleicht bei einer Handlung, von der sein Leben abhängt, angemessen erschiene. Er kann sich z. B. absolut gezwungen fühlen, jedesmal, wenn er eine Türe schließt, sie dreimal mit seinem rechten Daumen zu berühren und empfindet dabei dieselbe Nötigung, mit der etwa ein Ertrinkender nach dem Rettungsseil greifen würde. Andererseits kann ein solcher Patient Qualen der Unentschlossenheit durchmachen, wenn er eine geringfügige Entscheidung treffen soll, die Tätigkeit seiner Willenskraft ist völlig gehemmt. So ist es z. B. eine nicht sehr folgenschwere Frage, welchen speziellen Kragen oder welche Krawatte man morgens anzieht, ein Zwangskranker aber kann, von Zweifeln gelähmt, eine Stunde zu einem derartigen Entschluß brauchen, ganz als ob er eine heikle und lebenswichtige Entscheidung zu treffen hätte.

Die betreffenden psychischen Vorgänge haben auf irgend eine Weise ein Übermaß an Wichtigkeit und psychischer Betonung zuerkannt

[1] Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen, 1904.

bekommen, das ihnen eigentlich nicht gebührt. Wir müssen infolgedessen die Frage stellen, woher dieses Übermaß an psychischer Bedeutung stammt. Die eingehende Psychoanalyse eines einzelnen Beispieles zeigt, daß dieses Übermaß auf eine Verschiebung von wirklich bedeutungsvollen Vorgängen im Unbewußten her zurückzuführen ist. Auf diesen Ursprung hätte uns übrigens schon ein für die meisten Zwangsvorstellungen sehr typischer Zug hinweisen können, nämlich ihre Abspaltung von dem Hauptteil der bewußten Persönlichkeit. Der Patient betrachtet sie als etwas, das ihm gegen seinen Willen aufgedrängt wird, nicht als einen zu seinem bewußten Ich gehörigen Bestandteil; er führt die Zwangshandlungen nicht aus, weil er es tun will, sondern weil er muß, weil er keine Ruhe hat, solange er es nicht getan hat, weil er — außer für kurze Zeit — den Antrieb dazu nicht beherrschen kann. Wie wir schon früher betont haben, sind die Abspaltung und der Mangel an bewußter Beherrschung hervorstechende Merkmale der unbewußten Seelentätigkeit, so daß dieser Zug der Neurose völlig durchsichtig wird.

Freud ist durch seine psychoanalytischen Forschungen zu dem Schlusse gekommen, daß die Zwangsvorgänge in entstellter Form wiederkehrende Selbstvorwürfe vorstellen, die aus der Kindheit stammen und bis zum Ausbruch der Krankheit zurückgedrängt waren. Sie beziehen sich immer auf aktive Sexualbetätigungen oder Neigungen. Die Psychogenese des Zustandes unterscheidet sich in einer Reihe von wichtigen Hinsichten von der der Hysterie; sie ist bei weitem komplizierter als die der letzteren. Es findet in den frühesten Kinderjahren eine übertrieben strenge Scheidung zwischen den Haß- und Liebesregungen statt und das Verhalten des betreffenden Menschen wird in den wichtigsten Beziehungen von den Konflikten und Gegensätzen zwischen diesen beiden Regungen beherrscht. Ein Zustand der Unsicherheit und eine Unfähigkeit, sich zu entscheiden, sind die Ergebnisse dieses lähmenden Konflikts und der Zwang ist die Überkompensation für die Unsicherheit. Der Patient schwankt zwischen einer Unfähigkeit, zu handeln oder zu denken ‹wenn er es will›, und der Nötigung, zu handeln oder zu denken ‹wenn er nicht will›. Die Symptome sind der symbolische Ausdruck für die kämpfenden Kräfte. Sie werden hier nicht wie bei der Hysterie zu einer Kompromißbildung verschmolzen, sondern kommen einzeln und alternierend zum Ausdruck; die eine Reihe der Erscheinungen symbolisiert also die verdrängten Kräfte, die andere die verdrängenden.

### c) Behandlung.

Fast alles, was anläßlich der Hysterie über die Behandlung gesagt wurde, ist auch hier gültig, so daß ich den Leser auf das betreffende Kapitel verweisen kann. Physikalische Maßnahmen sind bei dieser Krankheit fast ganz wirkungslos. Auch die verschiedenen Arten der Suggestion sind bei der Behandlung der Zwangsneurose viel weniger erfolgreich als bei der Hysterie, wofür sich verschiedene Gründe angeben lassen. Der eine liegt darin, daß die Patienten für Suggestion und Hypnose sehr wenig empfänglich sind. Ein anderer ist in der außerordentlichen Produktivität dieser Neurose zu suchen: neue Symptome können ebenso schnell geschaffen werden wie die alten verschwinden, sogar im Laufe einiger Minuten, so daß jeder Versuch, sie der Reihe nach mittels individueller Suggestionen zu beseitigen, undurchführbar ist. Allgemein gesprochen kann man sagen, daß sich vom Standpunkt der Suggestion aus zwei Arten von Symptomen bei dieser Neurose unterscheiden lassen, und zwar solche, die jeder Art von Suggestion hartnäckig widerstehen, und andere, die unter ihrem Einfluß leicht weichen, aber ebenso leicht durch andere ersetzt werden.

Andererseits eignet sich die Zwangsneurose besonders gut zur psychoanalytischen Behandlung und einige der glänzendsten Erfolge mit dieser Methode sind bei ihr errungen worden; die Überlegenheit der Psychoanalyse über andere Methoden ist bei der Behandlung der Zwangsneurose sicher auffälliger als bei der Hysterie. Wir finden das verständlich, wenn wir den Charakter der beiden Krankheiten miteinander vergleichen: einerseits begünstigt die größere Suggestibilität des Hysterikers und seine Fähigkeit, eine Übertragung zustande zu bringen, die Beeinflussung der Krankheit mittels einfacher Suggestion und andererseits kommt die größere Kompliziertheit und rein psychische Natur der Zwangsneurose dem auflösenden Verfahren der Psychoanalyse entgegen. In manchen geringfügigen Hinsichten weicht die Technik der Methode von der bei der Hysterie verwendeten ab, es ist aber bei einer elementaren Darstellung wie der vorliegenden nicht möglich, auf derartige Details einzugehen. Ich möchte nur besonders vermerken, daß bei solchen Patienten eine Behandlung in den Anfangsstadien der Krankheit sehr erwünscht wäre; die Kranken suchen aber in den frühen Stadien selten die ärztliche Behandlung auf, da sie die Krankheitserscheinungen eher Abnormitäten

ihres Charakters als pathologischen Störungen zuschreiben, und die Aufgabe der Heilung wird, wenn die Krankheit in ein späteres Stadium vorschreiten konnte, außerordentlich erschwert.

## Bibliographie.

Brill, Psychanalysis. Ch. IV.
Freud, Sammlung etc. I. und III. Folge.
Janet, Les Obsessions et la Psychasthénie. 1903.
Jones Ernest, Einige Fälle von Zwangsneurose. Jahrbuch der Psychoanalyse, Band IV. und V. 1912 und 1913.
Loewenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904.
Riklin, Aus der Analyse einer Zwangsneurose. Jahrbuch der Psychoanalyse, Band II. 1910.

## VII. Kapitel.

# Hypochondrie und Fixationshysterie.

### a) Nosologische Beziehungen.

Die Beziehungen der einzelnen Neurosen untereinander sind an sich ein interessantes Thema, das wir aber hier nur hie und da andeutungsweise berühren können. Wir haben in einem früheren Kapitel darauf hingewiesen, daß die Angstneurose und die Angsthysterie, die einander wechselseitig beeinflussen können, auch häufig nebeneinander vorkommen. In ähnlicher Weise kann man, wenn der psychogene Überbau einer Konversionshysterie oder Zwangsneurose weggeräumt ist, auf einen organischen Kern von der Art einer Neurasthenie stoßen.

Das Gemeinsame an den beiden Neurosen, mit denen wir uns in dem vorliegenden Kapitel beschäftigen, ist das Vorhandensein einer organischen Basis, die in einer besonderen und wahrscheinlich ererbten Empfindlichkeit verschiedener Körperregionen besteht. Der psychische Überbau aber, der diese überlagern kann, ist in jedem Falle ein anderer und führt bei der Hypochondrie zur Paraphrenie, bei der Fixationshysterie zur Konversionshysterie. Abgesehen von diesem psychischen Überbau ist auch der Sitz der konstitutionellen Überempfindlichkeit und somit auch die Symptome selbst bei den beiden Krankheiten ganz verschieden. Bei der Hypochondrie bezieht sich die abnorme Empfindlichkeit vor allem auf die inneren Organe, insbesondere den Darmkanal, während es sich bei der Fixationshysterie mehr um die äußeren Körperteile mit Einschluß der oberen Luftwege handelt. Bei der Hypochondrie müssen die Sensationen, welche durch Reizungen der inneren Organe oder selbst durch ihr normales Funktionieren hervorgerufen werden, eine ungebührlich niedrige

Schwelle überschreiten, um als solche bewußt zu werden, so daß der betreffende Mensch alle Veränderungen in ihnen eher merkt als es sonst der Fall ist, und durch jede Störung in ihnen in weitergehendem Maße in Mitleidenschaft gezogen wird. Das Resultat ist eine Konzentration der Aufmerksamkeit auf das Körperinnere mit der bekannten Neigung zur Invalidität. Bei der Fixationshysterie hingegen führt die Überempfindlichkeit nicht zu einem Nachdenken über Gesundheit und Krankheit, sondern läßt den betreffenden Menschen häufig auf störende Reize in übermäßiger Weise reagieren. Das beste Beispiel für einen derartigen Zustand ist die kombinierte Störung, die unter dem Namen Heufieber und Asthma bekannt ist, bei der die Reaktionen auf ganz gewöhnliche Reize eine für den normalen Beobachter so erstaunliche Form annehmen.

## b) Pathogenese.

Bei Krankheitszuständen, die wie die hier vorliegenden erst in den letzten Jahren erforscht worden sind, ist es nicht leicht, die Ergebnisse der bisherigen Forschungen auf einfache Formulierungen zu reduzieren, man kann aber sagen, daß die bis heute aufgestellten Folgerungen dahin gehen, daß die besondere, für diese Zustände charakteristische Empfindlichkeit erogener Natur ist. Die Forschungen der letzten Jahre, insbesondere die mit Hilfe der Psychoanalyse durchgeführten, haben uns darüber aufgeklärt, daß die populäre Neigung, den Begriff der physischen Erotik auf die Genitalzone zu beschränken, den Tatsachen in keiner Weise gerecht wird, und daß die Körperregionen, die fähig sind, bei Einwirkung entsprechender Reize erotische Lustgefühle von verschiedener Stärke zu erzeugen — Regionen, die wir als »erogene Zonen« bezeichnen — zahlreich und über den ganzen Körper verbreitet sind. Noch überraschender war die Entdeckung, daß sie sich nicht einmal auf die Körperoberflächen beschränken, sondern daß die Schleimhäute, mit denen die Lippen, der Urethral- und der Darmkanal ausgekleidet sind, sich für die normale Entwicklung wie auch für die Pathogenese der psychoneurotischen Symptome von ungeahnter Bedeutung erwiesen haben. Wie oben berichtet, weist uns eine Untersuchung der Störungen, mit denen wir uns hier beschäftigen, nachdrücklich auf das Vorhandensein einer konstitutionellen Basis hin, die in einer übermäßigen Erogeneität verschiedener Körperregionen besteht.

Eine der frühesten Hypothesen Freuds über die Psychogenese der Konversionshysterie war, daß die Lokalisation der körperlichen Symptome durch ein besonderes »somatisches Entgegenkommen« des betroffenen Körperteiles begünstigt wird, und diese Aufstellung ist in auffälliger Weise im Kriege bestätigt worden, wo die Lokalisation so oft durch eine häufig geringfügige Verletzung an dem Sitze des späteren Konversionssymptoms bestimmt wurde. Die Fixationshysterie scheint in zwei Punkten von der gewöhnlichen Konversionshysterie abzuweichen, nämlich in bezug auf die größere Rolle, die dieses somatische Entgegenkommen spielt, und dadurch, daß die letztere immer erogener Natur ist, was bei der Konversionshysterie nicht der Fall ist.

### c) Behandlung.

Die Behandlung der Hypochondrie, wie auch der Fixationshysterie unterscheidet sich auch in den Einzelheiten nicht von der Behandlung der Hysterie, wie sie oben beschrieben wurde, so daß ich hier nichts hinzuzufügen habe. Die Aussichten für die Heilung sind allerdings weniger gut als bei der Konversionshysterie und es konnten über die Behandlung mittels der radikaleren Methoden noch nicht genügend Erfahrungen gesammelt werden, um endgültige Aussagen über die dauernde Heilbarkeit dieser Krankheitszustände zu ermöglichen.

## Bibliographie.

Ferenczi, Hysterie und Pathoneurosen. 1919.
Freud, Allgemeine Neurosenlehre. 1917.
Sadger, »Ist das Asthma eine Sexualneurose?« Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrgang I, 1911.

## VIII. Kapitel.

# Traumatische Neurosen einschließlich der Kriegsneurosen.

### a) Nosologie.

Wenn wir hier eine Gruppe von Neurosen nach ihrer Aetiologie bezeichnen, so bedienen wir uns einer gemischten Klassifikation, was, so vorteilhaft es auch von praktischen Gesichtspunkten aus sein mag, doch immer die Gefahr einer Begriffsverwirrung mit sich bringt. Es kann natürlich vorkommen, daß eine bestimmte auslösende Ursache, wie zum Beispiel ein physisches Trauma, mit einer charakteristischen Pathogenese und ebensolchem Krankheitsverlauf zusammentrifft, in welchem Falle man die resultierende Neurose als gesonderten Krankheitszustand betrachten müßte. Die Erfahrung, der die endgültige Entscheidung überlassen bleibt, scheint aber darauf hinzudeuten, daß es sich bei der Gruppe von Krankheiten, die wir unter dem vorstehenden Titel zusammengefaßt haben, nicht so verhält, denn wenn auch ein physisches Trauma den Verlauf und die Symptome der meisten Neurosen beeinflussen kann — übrigens auch der Psychosen, wie das bekannte Beispiel der progressiven Paralyse bei Geisteskranken zeigt — so lassen sich doch in ihrer Symptomatologie und Pathogenese keinerlei Faktoren auffinden, die nicht auch bei Neurosen vorhanden wären, in deren Entwicklungsgeschichte kein derartiges Trauma verzeichnet ist.

Wir werden uns in diesem Kapitel hauptsächlich mit den Problemen beschäftigen, welche die Kriegsneurosen uns aufgeben, die ja momentan im Vordergrund des Interesses stehen. Es entspricht unseren

Erwartungen, daß die Kriegserlebnisse fast allen Formen von Neurose und Psychose ihren Stempel aufgedrückt haben, überraschend ist vielleicht nur, daß dies bei vielen in so geringem Maße der Fall war. So habe ich von keiner Zwangsneurose gehört, bei der die Kriegserlebnisse eine bedeutende Rolle gespielt hätten, außer daß sie viel brauchbares Material für die schon vorhandenen Tendenzen lieferten, und habe zwei Fälle studiert, bei denen die Wirkung dieser Erlebnisse selbst in den ärgsten Kriegszeiten eine auffallend geringe war. Ebenso weiß ich von keinem Beispiel einer chronischen Neurasthenie oder Hypochondrie, die als Folgeerscheinung von Kriegserlebnissen aufgetreten wäre. Die große Mehrzahl der Fälle, die man mit einiger Berechtigung als Kriegsneurosen bezeichnen kann, bestand aus Hysteriefällen, und zwar Konversions- oder Angsthysterien, und fast alle Beobachter haben das relativ seltene Auftreten der erstgenannten bei Offizieren hervorgehoben. Wir stehen also vor der Lösung der Frage, in welcher Beziehung die Wirkungen der Kriegserlebnisse — wie auch anderer traumatischer Erlebnisse in Friedenszeiten — zu den pathogenen Faktoren stehen, die für die Hysterie charakteristisch sind.

## b) Pathogenese.

Wir haben in dem Kapitel über Hysterie drei Haupttheorien dieser Krankheit besprochen, von denen die erste als das wesentlichste Moment bei dem Zustandekommen einer Hysterie eine von außen kommende Suggestion, die zweite einen Schock und die dritte verdrängte Wünsche betrachtete. Wie nach dem Eifer, mit dem diese Ansichten von ihren verschiedenen Anhängern vertreten werden, zu erwarten war, wurden die an den Kriegsneurosen gemachten Erfahrungen als Bestätigung für jede einzelne dieser Theorien angesehen, und wenn wir Recht mit unserer früheren Behauptung hatten, daß jede von ihnen ein Stück der Wahrheit enthält, dürfen wir darüber auch nicht weiter erstaunt sein.

Babinski und vielen anderen Forschern ist es gelungen, nachzuweisen, daß eine ganze Reihe von einzelnen Symptomen, welche Kriegsneurotiker aufweisen, wenigstens zum Teil durch die besondere Aufmerksamkeit determiniert wurden, die anläßlich ärztlicher Bemühungen oder infolge von Verwundungen dem betroffenen Körperteil zugewendet wurde, und ferner, daß diese Symptome verschwinden, wenn eine Gegensuggestion

frühzeitig und energisch genug angewendet wird. Es ist ihm aber nicht gelungen, nachzuweisen, warum nur bestimmte Individuen auf solche Suggestionen reagieren oder warum diese wieder bestimmten Suggestionen eher zugänglich sind als anderen. Und überdies ist die Vergänglichkeit der »Heilungen«, welche mittels Suggestion erzielt wurden, nur in allzu-vielen Fällen nachweisbar geworden.

Die Schocktheorie, auf die sich die Neuerziehungsbehandlung gründet, hat viele Anhänger gewonnen und vielleicht von allen psychologischen Erklärungen der Kriegsneurosen in den weitesten Kreisen Eingang gefunden. Es scheint so selbstverständlich, daß die Krankheitsursache in den körperlichen und seelischen Schocks, Verletzungen und Leiden liegen muß, welchen die Soldaten in so reichem Maße ausgesetzt waren, daß es nur wenigen aufgefallen ist, wie viele Probleme nach dieser einfachen Beobachtung noch ungelöst bleiben. Solche Probleme sind: der kleine Prozentsatz von Kriegsteilnehmern, der von solchen Krankheiten befallen wurde, die Unmöglichkeit, zwischen dem Unfall und der Vorgeschichte der Neurose — oder, wie man allgemein annahm, ihrer konstitutionellen Disposition — eine Beziehung herzustellen, das außerordentliche Miß-verhältnis zwischen Ursache und Wirkung — einige der schwersten Fälle traten hinter der Front auf, ohne daß der Patient traumatischen Erleb-nissen ausgesetzt gewesen wäre, während viele der furchtbarsten Erleb-nisse von keiner Neurose gefolgt wurden — die Gründe für die Aus-wahl der Symptome, ihre Lokalisation und ihren Verlauf usw. und die Art und Weise, in der das Trauma seine vielfältigen Wirkungen hervorbringt.

Die psychoanalytische Schule hatte bei ihren Versuchen, eine Theorie über das Wesen und den Mechanismus der Kriegsneurosen zu formulieren, mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Von allen Neurosen war zufälligerweise gerade die traumatische Hysterie vor dem Kriege psycho-analytisch am wenigsten bearbeitet worden. Es lag auch in der Natur der Dinge ‹Dauer des Urlaubs usw.›, daß sich die Gelegenheiten zu einer entsprechenden Untersuchung von Einzelfällen in allen Ländern selten boten und von den vorgesetzten Stellen wurden solche Unter-suchungen übel vermerkt und, wo es möglich war, verhindert. Außerdem waren die Psychoanalytiker daran gewöhnt, zu finden, daß die mehr auf der Hand liegenden aetiologischen Momente, wie Überanstrengung, Über-arbeitung usw., bei der Entstehung einer Neurose selten die ganze

Aetiologie und gewöhnlich nicht einmal ihren wichtigsten Anteil ausmachen, und auch gewohnt, streng zwischen den wesentlichen Ursachen einer Neurose und den bloß auslösenden Faktoren zu unterscheiden.

Es begannen sich aber bald die Beobachtungen zu häufen, die wenigstens auf das Vorhandensein von einigen der Faktoren hinwiesen, welche die Psychoanalyse bei den Friedensneurosen aufgedeckt hat. Der Leser wird sich erinnern, daß sich die psychoanalytische Theorie aller Psychoneurosen aus vier Thesen zusammensetzt: daß sie ihrem Wesen nach Willensprodukte sind, daß sie auf einem innerpsychischen Konflikt zwischen den mehr und den weniger bewußten seelischen Strebungen beruhen, daß sie ihren Ursprung im infantilen Leben haben und daß der Kern der Neurose immer ein sexueller Konflikt ist. Das Vorhandensein dieser ersten beiden Momente wurde bald in weitgehendem Maße von verschiedenen Beobachtern, besonders von MacCurdy und Rivers bestätigt. Während der Behandlung der Fälle waren die gleichen verborgenen Widerstände gegen das Gesundwerden oft leicht zu erkennen, selbst wenn die bewußte Einstellung des Patienten in der vollen Begeisterung für die Rückkehr zur Front bestand, eine begreiflicherweise nicht allzu häufige Erscheinung. Dieselben Autoren betonen auch die Rolle, welche der Konflikt zwischen dem Wunsch, seine Pflicht zu tun, und dem Bestreben, sein Leben aus der Gefahr zu retten, bei der Entstehung der Krankheit spielt, wie auch die Anstrengung, die besonders die Offiziere zur Verdrängung des letzteren machten. MacCurdy und ich selbst wiesen auch darauf hin, daß die Kriegserlebnisse Gelegenheit zur Wiederholung älterer, oft infantiler Komplexe boten, die in Friedenszeiten zurückgedrängt oder durch Sublimierung, Reaktionsbildung usw. erledigt worden waren, im Kriege aber die umfassende Anpassungsarbeit, die jeder einzelne Teilnehmer zu leisten hatte, verhinderten. Trotz der Schwierigkeiten, die sich einer eingehenden Untersuchung der entsprechenden Daten entgegenstellten, habe ich an anderer Stelle den Versuch unternommen, eine Theorie über das Wesen und den Mechanismus der Kriegsneurosen zu skizzieren, die in der Folge von ausländischen Autoren, besonders Abraham, Ferenczi und Simmel bestätigt wurde. Ich kann sie hier nur in ihren Umrissen wiederholen, da in ihr einige der schwierigsten und erst in der allerletzten Zeit in Angriff genommenen Probleme aus der Psychologie des Unbewußten berührt werden.

Es ist klar, daß bei der Entstehung der Kriegsneurosen im Mittel-

punkt das Problem der Angst steht, mit dem wir uns bisher noch gar nicht beschäftigt haben. Die Arbeiten Freuds zeigen, daß wir die Angstphänomene vorschnell den normalen Instinkten zugerechnet haben und weisen auf die Notwendigkeit hin, strenger zwischen den normalen und den krankhaften Äußerungen der Angst zu unterscheiden ‹normale oder »Realangst«: sensorische und motorische Bereitschaft, eventuell mit angemessener Handlungsweise, krankhafte oder neurotische Angst: Mißverhältnis zwischen Anlaß und Reaktion, Übertreibung der somatischen Begleiterscheinungen und lähmende Hemmung, wie in dem Kapitel über Angstneurose beschrieben›. Er hat gefunden, daß die sogenannte neurotische Angst immer in engstem Zusammenhang mit verdrängter Sexualität vorkommt, wodurch die Frage aufgeworfen wurde, in welcher Beziehung diese letztere zu den krankhaften Übertreibungen der Realangst bei den Soldaten steht. Die Beobachtung der Tatsachen gestattete zwar nicht oder nur in den seltensten Fällen einen Zusammenhang zwischen den beiden herzustellen, man fand aber andererseits, daß das Auftreten der Kriegsneurose eng mit einem anderen psychologischen Moment zusammenhängt, das man gewöhnlich nicht als sexuell bezeichnet, nämlich der Eigenliebe. Man hat in den letzten Jahren, besonders anläßlich der Forschungen über die Dementia praecox dem Problem der Eigenliebe große Aufmerksamkeit zugewendet und gefunden, daß sie genetisch mit der gewöhnlichen Sexualität ‹nämlich der Heteroerotik› zusammenhängt und wahrscheinlich letzten Endes die Quelle der letzteren darstellt. Die Eigenliebe oder der »Narzißmus« ist die früheste Form der infantilen Liebe und der Übergang von dieser Entwicklungsstufe zu späteren Formen der Liebe wird selten so restlos vollzogen, wie man gemeinhin annimmt. Die krankhafte Angst, die in den meisten Fällen von Kriegsneurose vorhanden ist, scheint ihre Quelle in verdrängtem Narzißmus zu haben, und diese Einsicht ermöglicht uns sogar vorauszusagen, welche Menschen am ehesten an den Folgen eines Kriegsschocks oder eines ähnlichen traumatischen Erlebnisses erkranken werden.

### c› Behandlung.

Während des Krieges war jeder Arzt genötigt, seine Ansicht darüber, welche Behandlungsart den Neurosen, die ihm unterkamen, am angemessensten wäre, den Anforderungen der Situation unterzuordnen,

und es ist nutzlos, heute zu rekapitulieren, in wie unverantwortlicher Weise infolge des damals so verbreiteten Mangels an Verständnis für klinische Psychologie, Menschenmaterial zugrunde gerichtet wurde. Die Fälle schienen sich je nach der Schwere der Erkrankung in zwei große Gruppen zu scheiden, von denen heute nur mehr die eine unser Interesse in Anspruch nimmt. Der eine Typus zeigte die Neigung, sich nach kurzem Aufenthalt in günstiger Umgebung fast spontan zu bessern und ließ sich natürlich von jeder Behandlungsmethode günstig beeinflussen. Der andere, viel hartnäckigere Typus unterschied sich der Pathologie nach dadurch von ihm, daß die Kriegserlebnisse nicht nur einen Konflikt zwischen den nicht sexuellen Idealen des Ichs einerseits und dem verdrängten Narzißmus andererseits hervorriefen, sondern auch im Unbewußten andere Tendenzen zur Neurosenbildung wiederbelebten, Konflikte, die ihrer Art nach denjenigen ähneln, mit denen wir bei den gewöhnlichen Hysteriefällen vertraut sind; die hervorstechendsten darunter sind verdrängte inzestuöse, sadistische und homosexuelle Komplexe. Je länger, mit anderen Worten, ein Fall von Kriegsneurose bestand, desto mehr glich sich seine Pathologie der einer Friedenshysterie an, so daß man von der Überleitung einer »Kriegsneurose« in eine »Friedensneurose« sprechen könnte. Auf Gnadengehälter, Pensionen und andere Unterstützungen bezügliche Wünsche ersetzen jetzt das halbbewußte Wunschmotiv, eine Rückkehr zu den Gefahren und Entbehrungen des Krieges zu vermeiden und verbinden sich manchmal mit dem unbewußten Wunsch, auf eine mehr infantile Einstellung zum Leben zurückzugreifen.

Man wendet heute zur Behandlung solcher Fälle fast alle Arten von Psychotherapie an und es wäre vielleicht voreilig, ein endgültiges Urteil über die Dauerhaftigkeit und Vollständigkeit der Heilungen abgeben zu wollen, die man mit den verschiedenen Methoden erzielt. Man bemerkt aber bei den Ärzten, die solche Fälle behandeln, eine wachsende Unzufriedenheit mit den einfacheren Behandlungsmethoden und der Übertritt aus den Reihen der Hypnotiseure in die der Psychoanalytiker ist in der letzten Zeit ein häufiges Vorkommnis. Ich möchte auch noch betonen, daß selbst unter Umständen, unter denen es unmöglich war, eine reguläre Psychoanalyse durchzuführen, doch ein Verständnis der Sache sich bei jeder wie immer gearteten Behandlung solcher Patienten als unschätzbar erwies. Für eine Erörterung der einzelnen Behandlungsmethoden verweise ich den Leser auf das Kapitel über Hysterie.

# Bibliographie.

Eder, War Shock. 1917.

Jones Ernest, War Shock and Freud's Theory of the Neuroses. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1918.

MacCurdy, War Neuroses. 1918.

Myers, Contribution to the Study of Shell Shock. Lancet 1915/16.

Read Stanford, A Survey of War Neuro-Psychiatry. 1918.

Rivers, The Repression of War Experiences. Lancet 1918. War Neurosis and Military Training. Mental Hygiene, Vol. II.

Roussy and Lhermitte, The Psychoneuroses of War. ⟨Englische Übersetzung.⟩ 1918.

Smith Elliot and Pear, Shell Shock and its Lessons. 2nd Edition 1919.

Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, Diskussion mit Beiträgen von Abraham, Ferenczi, Freud, Ernest Jones und Simmel. 1919.

Siehe auch die Referate über die diesbezügliche reichhaltige Literatur in den Zeitschriften: Mental Hygiene, Revue Neurologique, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

## IX. Kapitel.

# Prophylaxe der Neurosen.

Der große Fortschritt, den wir in den letzten Jahren in unserem Verständnis für das Wesen und die Verursachung der Neurosen gemacht haben, kommt ihrer Prophylaxe noch mehr als ihrer Behandlung zugute und wir haben heute eine Stufe erreicht, auf der man ohne Übertreibung sagen kann, daß die Entwicklung einer Neurose in den meisten Fällen durch Anwendung der gebührenden Sorgfalt endgültig verhindert werden kann. Das ist offenbar für den praktischen Arzt besonders wichtig, nicht nur, weil sich ihm die meisten Gelegenheiten bieten und ihm die größte Verantwortung aufgeladen wird, sondern auch, weil die Anwendung vieler notwendiger Maßnahmen, und glücklicherweise gerade der wichtigsten, keine eingehende Spezialkenntnis der klinischen Psychologie verlangt.

Die drei wichtigsten Seiten dieses Problems betreffen die Individualhygiene, die gesellschaftlichen Einrichtungen und die Erziehung. Bezüglich der ersten habe ich hier zu dem bereits Gesagten nicht mehr viel hinzuzufügen. Was die »Aktualneurosen« betrifft, so sollte man trachten, die im Zusammenhang mit ihnen besprochenen spezifischen Faktoren so weit als möglich zu vermeiden, besonders bei Personen, welche für eine Neurose durch Entwicklungsabweichungen disponiert sind, die sich oft in geringfügigen, nicht ausgesprochen krankhaften Äußerungen verraten ‹Sonderbarkeiten im Charakter, unangemessene Gefühlsreaktionen usw.›. Personen, die von vornherein die Tendenz zur Entwicklung einer »Psychoneurose« aufweisen, sollten davor gewarnt werden, sich den Wirkungen von äußeren, unterstützenden Faktoren und Situationen, denen sie sich schwer anpassen können, auszusetzen. Es ist nicht möglich, diese letzteren

im einzelnen anzuführen, nicht nur, weil sie von Fall zu Fall verschieden sind, sondern auch, weil das Verständnis vieler von ihnen eine eingehende Kenntnis der besonderen psychischen Entwicklung des betreffenden Menschen mit einer entsprechenden Würdigung der schwachen Punkte seiner Widerstandsfähigkeit erfordert.

Ich greife im folgenden ein einfaches Beispiel allgemeiner Art heraus. Trotzdem die allgemeine Meinung das Gegenteil behauptet, ist die Heirat für jeden Neurotiker ein Wagnis und der Rat, zu heiraten, von dem man häufig die Heilung der Neurose erwartet, entbehrt in den meisten Fällen jeder wissenschaftlichen Berechtigung. Es können sich in der Ehe Situationen ergeben, die auch ein Mensch mit robuster und ausgeglichener nervöser und psychischer Konstitution nur schwer ohne Schädigung ertragen kann, und ein Neurotiker männlichen oder weiblichen Geschlechts nimmt ein beträchtliches Risiko auf sich, wenn er sich der Möglichkeit von psychischen Traumen aussetzt, wie sie das eheliche Leben mit sich bringt. Das Ergebnis kann ein gutes sein, wenn die Umstände günstig sind, häufiger aber sind die Folgen ungünstig oder sogar unheilvoll und jedenfalls außerordentlich schwer im voraus zu berechnen. Das gilt natürlich nur für Patienten, die keine entsprechende Behandlung durchgemacht haben.

Eine Erörterung der Beziehungen zwischen den sozialen Institutionen und den Neurosen würde an sich ein Buch füllen und ich will mich hier nur auf ein oder zwei allgemeine Bemerkungen beschränken. Es wird immer deutlicher, daß die Erfahrungen, die bei dem Studium der medizinischen Psychologie gewonnen wurden, in der Zukunft von denjenigen in Betracht gezogen werden müssen, die sich ein richtiges Urteil über die verschiedenen sozialen Probleme bilden wollen. Unser Verständnis geht vielleicht noch nicht tief genug, um Verallgemeinerungen leicht zu ermöglichen; der ärztliche Psychologe ist aber zweifellos gezwungen, die Bedeutung gewisser Seiten dieser Probleme, die nur zu häufig übersehen werden, richtig einzuschätzen. Er kann z. B. die schädlichen Folgen nachweisen, welche eine unglückliche Ehe auf die spätere Entwicklung der Kinder ausübt, die aus ihr hervorgehen ‹ein Punkt, der nicht ohne Einfluß auf das Problem der Scheidung bleiben kann›, die ernsten Folgen, die eine unbestimmt lang durchgeführte sexuelle Abstinenz — besonders auf Menschen von bestimmter Veranlagung — ausübt, den Irrtum, der darin liegt, von der Ehe die automatische Abhilfe für alle Übel des Zölibats

zu erwarten (für viele Menschen ist der eine Zustand ebenso schwer zu ertragen wie der andere), und die Unmöglichkeit, den Menschen ohne ernste Schädigung eine einheitliche Moral und Lebensführung aufzuzwingen, wo doch die Aufstellung einer einheitlichen und starren Norm für das Gebiet des Affekt- und Trieblebens ein ebensolches Unding und die gleiche Vergewaltigung der wirklichen Tatsachen ist, wie sie es im Gebiet des Geisteslebens wäre.

Am ehesten läßt sich heute auf dem Gebiet der Erziehung[1] prophylaktisch wirken, da die Folgerungen, die sich in dieser Hinsicht aus der medizinischen Psychologie ergeben, wichtig und nicht schwer in die Praxis umzusetzen sind. Ich will im folgenden zwei von ihnen zu einer eingehenderen Erörterung herausgreifen, nämlich die Bedeutung der Vermeidung von frühzeitiger sexueller Erregung einerseits und einer überstarken Verdrängung andererseits. Was die erstere betrifft, so gehen die Ergebnisse der psychoanalytischen Forschungen vor allem dahin, daß ihr Zustandekommen durch Umstände möglich ist, die man gewöhnlich nicht beachtet, und daß sie auf die ganze spätere Entwicklung des Kindes einen ungeahnten Einfluß ausübt. Es hat sich gezeigt, daß lustvolle Sensationen mit ausgesprochen sexueller Betonung in einem viel früheren Alter erregt werden können, als man gewöhnlich annimmt, und da sie sich gewöhnlich auf die Eltern beziehen — lange ehe das Kind etwas von dem wichtigen Unterschied weiß, der zwischen Verwandten und anderen Menschen in ihrer Eigenschaft als Gegenstand des Sexualinteresses gemacht wird — bahnen sie häufig den Weg für spätere unbewußte Gefühlsfixierungen und moralische Konflikte, die dann im Mittelpunkt der Neurosenbildung stehen. Derartige Lustgefühle können durch Überzärtlichkeit und Liebkosungen von seiten der Eltern hervorgerufen werden, durch Übertriebenheiten bei der Reinigung des Kindes — beide sind häufig eine Folge von neurotischen Veranlagungen der Mutter — ferner dadurch, daß man dem Kind gestattet, sich zu gewöhnen, alle unbefriedigten Wünsche und jedes Unbehagen in der Befriedigung der rhythmischen Lutschtätigkeit untergehen zu lassen, daß man es in einem Alter, in dem man das noch für belanglos hält, mit älteren Kindern oder Erwachsenen zusammen schlafen läßt, und schließlich als häufigste Ursache, wenn es zum Ohren- oder Augenzeugen des ehelichen Verkehrs wird, dessen Bedeutung es vielleicht zurzeit noch

[1] Eine eingehende Besprechung dieses Themas findet sich in den Kapiteln XXXIV bis XXXVII meiner »Papers on Psycho-Analysis«.

nicht versteht, was aber nicht hindert, daß der Eindruck sich seinem Seelenleben unauslöschlich einprägt. All diesen Dingen gegenüber kann der Arzt, der ihre Bedeutung erkennt, den Eltern einfache, aber wertvolle Ratschläge geben, die oft späteres, jahrelanges Elend verhüten können. Im folgenden ein Beispiel: man kann zahlreichen Fällen von Pavor nocturnus, die oft das erste Anzeichen einer schweren Neurose sind, Erleichterung schaffen, wenn man einfach von diesem Gesichtspunkt aus auf die nächtliche Unterbringung des Kindes achtet.

Die an zweiter Stelle angeführte Folgerung beruht auf der Einsicht, daß übertriebene Reaktionen auf sexuelle Erlebnisse im Kindesalter in Form von überstarkem Schuldgefühl, Furcht, Scham und Reue eine wichtige und sogar wesentliche Rolle bei der Entwicklung der Psychoneurosen spielen. Das ist einer der zwingendsten Gründe dafür, daß bei der Aufklärung über solche Fragen anders als bisher üblich vorgegangen werden sollte. Die Richtlinien, an die die Eltern sich in dieser Beziehung halten sollten, sind außerordentlich einfach. In den meisten Fällen ist die Aufklärung nicht eher notwendig, als bis das Kind sie spontan fordert, und selbst dann nur so weit, als es sie fordert, wobei man natürlich den Grad seines Verständnisses berücksichtigen muß. Bei den meisten normalen Kindern wird sich diese allmähliche Aufklärung auf die Zeit zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr verteilen. Nach diesem Zeitpunkt ist es im allgemeinen zu spät, denn wenn die Fragen des Kindes zurückgewiesen wurden, wird es bis dahin sicher seine eigenen Theorien und Phantasien geschaffen haben, von denen die Mutter nichts weiß und die, obwohl sie in den nächsten Jahren in den Hintergrund gedrängt und vergessen werden, doch fortfahren, indirekt einen bedeutenden Einfluß auf die Entwicklung seines Seelenlebens zu nehmen. Unter keinen Umständen sollte man dem Kind über diese Dinge falsche Auskünfte geben oder das Thema zu offensichtlich vermeiden. Man sollte dahin wirken, daß das Kind diesen Fragen gegenüber frei und natürlich eingestellt ist, was nicht so sehr durch ein positives, darauf abzielendes Wirken der Mutter gelingt, als dadurch, daß sie in dieser Hinsicht jede Einschüchterung vermeidet, die in dem Kind das Gefühl des Anstößigen erwecken könnte.

So einfach diese Richtlinien auch sind, so weiß ich doch, wie schwer es ist, ihnen Anerkennung zu verschaffen. Die einzige offene Meinungsäußerung, die man über die sexuelle Frage zu hören bekommt, ist die Betonung der Gefährlichkeit und Anstößigkeit von Gedanken oder gar

Handlungen, die sich auf dieses Thema beziehen. Die Streitfrage der »sexuellen Aufklärung in der Schule«, die wie eine Epidemie durch fast alle zivilisierten Länder geht, legt zu viel Nachdruck auf die Warnung der Kinder, also auf die negative und nicht auf die positive Seite des Problems. Es steht zu erwarten, daß die etwaigen günstigen Wirkungen dieser Bewegung von ihren schädlichen aufgewogen werden, und als Waffe im Kampfe gegen die Neurosen spielt ein eventueller günstiger Einfluß keine Rolle. Die Neurose ist der Preis und bei weitem nicht der ganze, den die Gesellschaft für ihre Heuchelei, für ihre intellektuelle und moralische Verschrobenheit zahlt.

Zum Schlusse möchte ich noch einen Umstand berühren, demgegenüber die Eltern nicht machtlos sind, nämlich die Gefahr, die darin liegt, ein Kind ausschließlich unter Erwachsenen aufzuziehen. Zahlreiche, von Brill und anderen angestellten Beobachtungen haben nachgewiesen, daß die Mehrzahl der einzigen Kinder in späteren Jahren neurotisch wird, und das gleiche gilt für Kinder, die von den Eltern in ungebührlicher Weise vorgezogen werden. Die einzig natürliche und gesunde Umgebung für ein Kind ist die Gesellschaft anderer Kinder, und wenn die Umstände nicht erlauben, sie dem Kind im Elternhaus zu schaffen, so müssen andere Wege eingeschlagen werden, um dieses Ziel zu erreichen.

## Bibliographie.

Brill, Psychanalysis. Ch. XI.
Freud, Sammlung etc. II. Folge.
Jones Ernest, Papers on Psycho-Analysis. Ch. XXXIV—XXXVII.
v. Hug-Hellmuth, Aus dem Seelenleben des Kindes. 1913.

## X. Kapitel.

# Psychische Behandlung anderer, den Neurosen nahestehender Zustände.

Ich gebe im folgenden einen kurzen Überblick über die Anwendung psychischer Heilmethoden auf einige andere ähnliche Zustände, die nicht selbst Neurosen sind. Diese zerfallen in die Psychosen und eine vermischte Gruppe, die verschiedene krankhafte Neigungen und Abnormitäten umfaßt.

### a) Psychosen.

#### Paraphrenie (Dementia Praecox).

Bei dieser Krankheit sind die therapeutischen Bemühungen höchstens in den ersten Anfangsstadien von Erfolg, und zwar am ehesten bei der Katatonie, am seltensten bei der Hebephrenie. In manchen Fällen kann die Verwendung der Hypnose von guter Wirkung sein, wenn es sich um die Herbeiführung von Schlaf und Nahrungsaufnahme handelt. Auch die Psychoanalyse hat auf diesem Gebiet manches geleistet und dank der Forschungen Jungs und seiner Schüler ist die Pathogenese der Paraphrenie um vieles verständlicher geworden. Es gelingt nicht selten, bestimmte Symptome durch die Auflösung mittels der Psychoanalyse in ähnlicher Weise wie bei den Neurosen zu beseitigen, und das Allgemeinbefinden des Patienten in bedeutendem Maße zu heben. In Ausnahmsfällen scheint der Patient sogar seine normale Gesundheit und volle Leistungsfähigkeit wieder zu gewinnen, selbstverständlich hat man aber damit die Krankheit selbst nicht geheilt und die Gefahr eines späteren Rückfalles bleibt immer bestehen. Es scheint auch möglich, daß die Analyse, besonders wenn sie

von Ungeschulten ohne Beobachtung der entsprechenden Vorsichten angewendet wird, gelegentlich den Zustand des Kranken verschlimmern kann, man muß aber bedenken, daß man bei einer derart hoffnungslosen Krankheit berechtigt ist, einiges zu riskieren. Jedenfalls kann man sagen, daß trotz des wenig geeigneten Materials, die Psychoanalyse bei der Behandlung dieser Krankheit hoffnungsvollere Aussichten eröffnet als alle anderen therapeutischen Methoden.

## Manisch-depressives Irresein.

Die Aussichten auf einen therapeutischen Erfolg sind bei dem manisch-depressiven Irresein bei weitem günstiger, besonders bei seiner zyklisch wiederkehrenden Form, die, wie oben bemerkt, so häufig fälschlich als Neurasthenie diagnostiziert wird. In den akuten Stadien der Manie oder Depression ist jede Behandlung so gut wie ausgeschlossen, so daß man genötigt ist, die freien Zwischenzeiten abzuwarten. Forschungen von Abraham, Maeder und mir haben gezeigt, daß sich viele derartige Fälle in viel weiterem Umfang als man für möglich gehalten hätte, durch eine psychoanalytische Behandlung günstig beeinflussen lassen. Besonders Abraham hat viel zum Verständnis der psychischen Struktur dieser Krankheit beigetragen, er legt besonderen Nachdruck auf die Ähnlichkeiten zwischen ihr und der Zwangsneurose. Andererseits hat Brill nachgewiesen, daß manche Fälle, die in jeder Hinsicht das Bild eines manisch-depressiven Irreseins zeigen, sich im Laufe einer Analyse als Angsthysterien herausstellen, was ich auch aus meiner eigenen Erfahrung voll bestätigen kann. Es scheint, daß man beim manisch-depressiven Irresein, der Psychogenese nach, zwei deutlich gesonderte Gruppen unterscheiden muß, von denen die eine im Aufbau den Neurosen, die andere der Paraphrenie ähnlich ist. Im ersteren Falle ist eine psychoanalytische Behandlung ziemlich aussichtsreich, sie kann, wenn die Umstände günstig sind, zu einer vollständigen und dauernden Heilung führen. Dagegen ist es mir bei Fällen der zweiten Gruppe niemals gelungen, einen Patienten herzustellen, man kann aber auch hier manches dazu tun, um die Anfälle ihrer Intensität und Häufigkeit nach zu ermäßigen. Ich möchte noch hinzufügen, daß man bis heute, außer auf dem Wege einer psychoanalytischen Untersuchung des Falles keine Möglichkeit kennt, diese beiden Arten des manisch-depressiven Irreseins voneinander zu unterscheiden.

### Epilepsie.

Es ist nicht leicht, in diesem Zusammenhang etwas über die Epilepsie zu sagen, weil ja die wesentliche Natur dieser Krankheit heute noch ganz ungeklärt ist. Man meint allgemein, daß jetzt mehrere, ganz verschiedenartige Krankheitsformen unter dieser Bezeichnung zusammengefaßt werden. Bei einigen von ihnen ist eine therapeutische Beeinflussung wahrscheinlich möglich, bei anderen nicht. Jedenfalls weiß man, daß viele Fälle, die von erfahrenen Autoritäten als Epilepsie diagnostiziert wurden, durch eine psychische Behandlung sehr gebessert, ja sogar geheilt werden konnten. Man verwendete bei solchen Behandlungen die Hypnose, die Neuerziehungsmethoden und die Psychoanalyse, die Kompliziertheit der Krankheit läßt uns aber vermuten, daß hier die gründlichsten Methoden die aussichtsreichsten sein werden. Es ist seit einigen Jahren bekannt, daß ganz typische epileptische Anfälle bei Krankheiten auftreten können, die rein psychischen Ursprungs[1] sind, und es wäre ein großer Gewinn, wenn wir derartige Fälle klinisch von den schwereren Formen unterscheiden könnten, bei denen eine psychische Behandlung nicht einmal in den Anfangsstadien etwas ausrichten kann. Maeder, Sadger, Stekel und andere haben schon viel dazu beigetragen, um die Psychogenese der einzelnen Formen von Epilepsie festzustellen. Die besten Beiträge zur Psychopathologie und Behandlung der Epilepsie habe Pierce Clark und MacCurdy in Amerika geliefert. Sie wiesen nach, daß eine psychoanalytische Behandlung auch bei Epilepsiefällen in vorgeschrittenerem Stadium von überraschend gutem Erfolg sein kann. Ich brauche wohl nicht erst hervorzuheben, daß in Fällen, wo der seelische Verfall bereits eingesetzt hat, jede psychische Behandlung vergeblich ist.

## b) Verschiedene krankhafte Neigungen und Abnormitäten.

### Alkoholismus.

Die Anwendung von psychischen Heilverfahren gegen den Alkoholismus bleibt überall dort erfolglos, wo eine ausgesprochene Psychose vorhanden ist, und wahrscheinlich sind, trotzdem allgemein das Gegenteil behauptet wird, die sogenannten alkoholischen Psychosen in Wirklichkeit Fälle von Paraphrenie, Epilepsie und anderen Erkrankungen, die nur durch den

[1] Siehe eine diesbezügliche Studie in meinen »Papers on Psycho-Analysis«, Kap. XXV.

gleichzeitigen Bestand des Alkoholismus kompliziert werden, das gilt natürlich nicht für die akuten toxischen Zustände, wie die Alkoholhalluzinosis, die Korsakoff'sche Psychose etc.

Die Suggestion ist zur Behandlung leichterer Fälle von Alkoholismus in großem Ausmaß und häufig mit gutem Erfolg herangezogen worden. Scheinbar gibt es aber unter den Alkoholikern große Unterschiede bezüglich ihrer Empfänglichkeit für diese Behandlungsmethode und die Patienten lassen sich leicht in solche scheiden, die sehr gut, und andere, die gar nicht auf die Suggestion reagieren, wobei die letzteren leider weitaus in der Überzahl sind. Außerdem sind die hartnäckigeren Typen von Alkoholismus, wie z. B. die Dipsomanie, nur schwer auf suggestive Weise zu beeinflussen. Es ist also bei der Suggestionsbehandlung nicht leicht, etwas über den Erfolg vorauszusagen und, selbst wo eine Besserung erzielt wurde, muß begreiflicherweise die Weiterentwicklung des Falles unsicher bleiben, da man ja keinen Versuch gemacht hat, sich mit der Verursachung der krankhaften Strebung auseinanderzusetzen.

Abraham, Ferenczi, Freud und andere haben an Hand psychoanalytischer Untersuchungen nachgewiesen, daß die Trunksucht durch die Wirksamkeit von komplizierten, aber genau bestimmbaren psychischen Faktoren zustande kommt. Ebenso wie bei den Neurosen spielen auch hier Hilfsursachen, wie Versuchungen, günstige Gelegenheiten etc. mit, aber durch sie allein wird niemand ein unmäßiger und unbeherrschter Säufer. Die wichtigsten Krankheitserreger sind wahrscheinlich bei beiden Geschlechtern immer verdrängte homosexuelle Regungen, durch die Alkoholwirkung werden die Hemmungen, welche die betreffenden Affekte vom Bewußtwerden abhalten, mehr oder weniger vollständig beseitigt und wenn der Patient sich einmal an das zeitweilige Wohlgefühl, das er sich auf diese Weise verschafft, gewöhnt hat, kann er kaum mehr darauf verzichten. Eine psychoanalytische Behandlung, welche die Wurzeln der krankhaften Strebung aufdeckt und bewußtmacht, macht ein Zurückgreifen auf die künstliche Hilfe des Alkohols überflüssig und befreit dadurch von dem Zwange zum Trinken. Ich konnte — wenn auch nie bei Fällen in vorgeschrittenem Stadium — mit dieser Methode mehrfach befriedigende und andauernde Erfolge erzielen und halte sie für besser als jede andere geeignet, die psychische Situation von Grund auf zu verändern und dem Patienten zur Beherrschung seiner abirrenden Triebregungen zu verhelfen.

## Sucht nach Narkoticis.

Ähnliches wie für den Alkoholismus gilt auch für die Sucht nach den verschiedenen Narkoticis, auch hier spielen verdrängte homosexuelle Regungen eine wichtige, wahrscheinlich sogar die Hauptrolle. Das Narkotikum ermäßigt die Wirkung zurückgedrängter psychischer Konflikte, die sich dafür bei Abstinenz umso zwingender geltend macht. Ein mit ungeheuerem Energieaufwand durchgeführter Abgewöhnungskampf, unterstützt durch suggestive Beeinflussungen, kann der Sucht erfolgreich entgegentreten, daß die hier wirksamen Strebungen damit aber nicht vernichtet sind, zeigt die Seltenheit derartiger Heilungen. Eine psychoanalytische Behandlung stellt aber auch hier, ebenso wie beim Alkoholismus, ein besseres psychisches Gleichgewicht her und liefert dementsprechend günstigere therapeutische Resultate.

## Homosexuelle Inversion.

Das häufige Auftreten der Inversion und ihre schädlichen Wirkungen im Gebiete des psychischen und sozialen Lebens haben Veranlassung zu zahlreichen Diskussionen über die Möglichkeit ihrer therapeutischen Beeinflussung gegeben. So hat man z. B. auf die früheren hypnotischen Versuche von Schrenck-Notzing große Hoffnungen gesetzt, die aber durch die Erfahrung enttäuscht wurden. Fast alle Autoritäten halten die Inversion für einen angeborenen Zustand, gegen den jede Therapie machtlos ist. Die psychoanalytischen Forschungen eröffnen uns aber hoffnungsvollere Ausblicke. Sie sagen zweierlei über die homosexuelle Inversion aus: erstens, daß sie das komplizierte Ergebnis des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren ist, und nicht einfach die Äußerung einer angeborenen Abnormität, wie allgemein angenommen wird, und zweitens, daß sie in bestimmten, deutlich ausgesprochenen Typen vorkommt, die sich der Pathogenese nach voneinander unterscheiden. Weiterhin ist, zuerst von Sadger, nachgewiesen worden, daß ihre psychischen Antriebe durch eine psychoanalytische Behandlung wohltätig beeinflußt werden können, so daß man die Homosexualität nicht länger als unheilbar ansehen darf. Meiner eigenen Erfahrung nach würde ich sagen, daß sie viel schwerer zu behandeln ist als die meisten Neurosen, daß sie eine noch längere Behandlungsdauer erfordert, und

daß ihre verschiedenen Typen nicht gleichmäßig auf therapeutische Bemühungen reagieren. Infolge dieser Schwankungen muß man sich bei der Prognose eines gegebenen Falles vor zu großer Zuversicht hüten. Die Homosexualität kommt ja auch in allen möglichen Abstufungen vor, von den Spuren, die sich bei allen Normalen finden bis zu den extremen Formen, bei denen das Gegengeschlecht überhaupt keine Anziehung mehr ausübt. Außerdem ist bei den Homosexuellen die Einstellung gegen ihre Abnormität und damit die Energie, die sie für einen Abänderungsversuch aufbringen, eine sehr verschiedene. Viele haben sich ganz mit ihr ausgesöhnt, sind sogar stolz auf sie und werden nur durch die Rücksicht auf irgend eine Schwierigkeit im sozialen Leben oder durch den Wunsch nach Nachkommenschaft in die Behandlung geführt. Und schließlich wechselt, wie oben bemerkt, die Hartnäckigkeit des Zustandes mit seinen verschiedenen Typen, ist z. B. in Fällen, wo Sexualziel und Sexualobjekt invertiert sind, größer als dort, wo sich die Inversion nur auf das Objekt bezieht. Man müßte alle diese Momente und noch andere, allgemeiner Natur, sorgfältig gegeneinander abwägen, ehe man etwas über das Resultat der Behandlung vorhersagen kann. Man darf aber behaupten, daß keine andere Methode eine so gründliche Veränderung der psychischen Situation verspricht wie die Psychoanalyse.

## Sexuelle Perversionen.

Man kann die zahlreichen Formen von sexueller Perversion ihrer Psychogenese nach in zwei Gruppen scheiden. Nach Freud zeigen alle Kinder rudimentäre Ansätze von Tendenzen, die man, voll ausgebildet, Perversionen heißen müßte. Im Laufe der normalen Entwicklung werden diese einer Verdrängung unterworfen, die zu ihrer Umsetzung in andere Betätigungsformen führt. Nehmen wir als Beispiel dafür, daß beim kleinen Kind die Zonen, von denen aus sexuelle Erregung erzeugt wird, über den ganzen Körper, einschließlich der Exkretionsausgänge verteilt sind, in späteren Jahren schränkt sich der Umfang dieser Zonen so sehr ein, daß sie, besonders beim männlichen Geschlecht, wenig mehr als die Genitalien umfassen. Eine Gruppe von Perversionen entsteht nun dadurch, daß die psychosexuelle Entwicklung durch die Bildung abnormer Assoziationen etc. in komplizierter Weise abgelenkt wird, Beispiele dafür sind der

Fetischismus, die Bestialität und Nekrophilie. Die Perversionen der zweiten Gruppe bestehen in der Fixierung und Übertreibung einer einzelnen Triebkomponente, wie beim Sadismus, Masochismus, Exhibitionismus etc., aber selbst bei dieser Gruppe zeigt es sich, daß die Fixierung nicht ausschließlich auf die Vererbung einer besonders ausgeprägten diesbezüglichen Tendenz zurückzuführen ist, sondern durch das Zusammenwirken einer derartigen Neigung mit verschiedenen äußeren Einflüssen entsteht. Die von Freud nachgewiesene, außerordentlich enge Verwandtschaft der psychoneurotischen Symptome mit den sexuellen Perversionen – die einen repräsentieren die negative, die anderen die positive Seite der gleichen Triebregungen – läßt uns vermuten, daß eine Methode, die zur Behandlung der ersteren bestimmt ist, sich auch zur Beeinflussung der letzteren eignen wird. Mir stehen auf diesem Gebiete keine persönlichen Erfahrungen zu Gebote, denn ich hatte bis jetzt keine Gelegenheit, irgend einen Fall von reiner sexueller Perversion zu behandeln. Dagegen hatte ich gute Erfolge bei vielen neurotischen Erkrankungen, die durch sexuelle Perversionen kompliziert waren, wo die Analyse dem Patienten ermöglichte, die letzteren zu beherrschen und die auf sie verwendete Energie in andere Bahnen zu leiten. Die Suggestion ist bekanntlich solchen Fällen gegenüber machtlos.

## Kriminalität.

Auch die Kriminalität ist ein Thema, über das wir vom therapeutischen Standpunkt aus noch nichts Endgültiges sagen können. Aus begreiflichen Gründen haben sich die Psychoanalytiker bisher nicht direkt mit der Behandlung von Kriminellen ‹mit Ausnahme der Kleptomanie› befaßt, Stekel, Wulffen und andere haben aber den Ursprung und die Bedeutung zahlreicher krimineller Tendenzen bei Neurotikern beleuchtet. Es wurde nachgewiesen, daß derartige Regungen gewöhnlich aus dem Unbewußten stammen, daß Ansätze zu ihnen auch bei Normalen häufig vorhanden sind, und daß sie in enger Beziehung zu anderen Triebabirrungen stehen, die direkt in den Wirkungskreis des Therapeuten fallen. Wir haben hier also ein ergiebiges Forschungsgebiet für die Psychopathologie und es ist zu erwarten, daß weitere Arbeit in dieser Richtung unser Verständnis für kriminelle Regungen vertiefen und ihre Beeinflussung, besonders im prophylaktischen Sinne, ermöglichen wird.

## Verschiedenartige psychische Abnormitäten.

Zum Schluß ist noch eine vermischte Gruppe von Zuständen zu erwähnen, die man gewöhnlich nicht als Krankheiten, auch nicht im erweiterten Sinne dieses Wortes betrachtet, die aber für das soziale Leben von großer Bedeutung sind. Ich denke hier an verschiedene Absonderlichkeiten, Abnormitäten und Charakterzüge, die, wenn sie eine gewisse Grenze überschreiten, viel Elend bereiten und die Leistungsfähigkeit eines Menschen bedeutend herabsetzen. Ihre Wirkungen zeigen sich in Reibungen im sozialen Leben, in Unverträglichkeit und Unzufriedenheit in der Ehe, in der Unmöglichkeit, mit anderen Familienmitgliedern friedlich zusammenzuleben, in Schwierigkeiten beim Einleben in den Beruf oder in die verschiedenen Pflichten und Anforderungen, die das Leben mit sich bringt, in Unfähigkeit, sich in das Unabänderliche zu fügen, in Maßlosigkeit bei Trauer, Kummer und Mißerfolg etc., kurz in einer Reihe von seelischen Äußerungen, die man am besten als »Seelisches Elend« zusammenfaßt.

Die Charakterabnormitäten, die solche Folgen haben, entstehen aus infantilen Regungen, die im Laufe der Entwicklung nicht genügend abgelenkt und abgeändert wurden und die, obwohl unbewußt geworden, doch das Gleichgewicht im Seelenleben und Benehmen des betreffenden Menschen stören. In Behandlung kommen solche Fälle nur, wenn ein ausgesprochen neurotischer Zustand zu ihnen hinzutritt, dem ärztlichen Psychologen bieten sich aber zahlreiche Gelegenheiten, derartige Zustände zu studieren. Die Psychotherapie hat hier ein günstiges Arbeitsfeld. Diese Fälle eignen sich besonders für eine psychoanalytische Behandlung und häufige Erfahrungen zeigen, wie die Entwirrung der innersten Regungen eines Menschen sich dadurch belohnt, daß er lernt, sie zu beherrschen und dadurch fähig wird, den Aufgaben, die das Leben an ihn stellt, eher gerecht zu werden.

## Bibliographie.

### Abteilung A.

Abraham, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins, Zentralblatt f. Psa., Jahrgang II, 1912.

Brill, Psychanalysis, Ch. VI. und VII. 2nd. ed. 1914.

Clark Pierce, Zahlreiche Artikel über Epilepsie in dem New York Medical Journal, Interstate Medical Journal und dem Medical Record, 1915, 1916. Clinical Studies in Epilepsy, 1917.
Ferenczi, Contributions to Psycho-Analysis, Ch. V. u. XI.
Freud, Sammlung etc. III. und IV. Folge.
Jones Ernest, Papers on Psycho-Analysis, Ch. XXV., XXVI.
Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox, 1907.
Der Inhalt der Psychose, 1908.
Maeder, Sexualität und Epilepsie, Jahrbuch d. Psa., Band I, 1909.

## Abteilung B.

Zahlreiche Artikel, besonders von Ferenczi und Sadger, in den psychoanalytischen Zeitschriften.

Web 25
383974 2458
€ 28.-
1. d. 1.

# Internationale Psychoanalytische Bibliothek

Nr. 1. **Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen.** Diskussion mit Beiträgen von Prof. Sigm. **Freud**, Dr. **Abraham**, Dr. **Ferenczi**, Dr. **Jones**, Dr. **Simmel**.

Nr. 2. Dr. S. **Ferenczi**: **Hysterie und Pathoneurosen.**

Nr. 3. Prof. Dr. Sigm. **Freud**: **Zur Psychopathologie des Alltagslebens.** Sechste, vermehrte Auflage. Vergriffen. ⟨Siebente Auflage außerhalb der Reihe erschienen⟩.

Nr. 4. Dr. O. **Rank**: **Psychoanalytische Beiträge zur Mythenforschung.**

Nr. 5. Dr. Th. **Reik**: **Probleme der Religionspsychologie.** I. Teil: Das Ritual. Mit einer Vorrede von Prof. S. **Freud**.

Nr. 6. Dr. G. **Róheim**: **Spiegelzauber.**

Nr. 7. Dr. E. **Hitschmann**: **Gottfried Keller.** Psychoanalyse des Dichters, seiner Gestalten und Motive.

Nr. 8. Dr. O. **Pfister**: **Zum Kampf um die Psychoanalyse.**

Nr. 9. Aurel **Kolnai**: **Psychoanalyse und Soziologie.** Zur Psychologie von Masse und Gesellschaft.

Nr. 10. Dr. K. **Abraham**: **Klinische Beiträge zur Psychoanalyse.**

## Werke von Dr. Ernest Jones

**Papers on Psycho-Analysis.** 2nd. enlarged edition. London 1918.

**The Treatment of the Neuroses.** London 1920

**Das Problem des Hamlet und der Ödipuskomplex.** ⟨Schriften zur angewandten Seelenkunde, Heft 10⟩ Neuauflage in Vorbereitung.

**Der Alptraum in seiner Beziehung zu gewissen Formen des mittelalterlichen Aberglaubens.** ⟨Schriften zur angewandten Seelenkunde, Heft 14⟩ Leipzig und Wien 1912.

Alle obgenannten Bücher können bezogen werden durch den
**INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VERLAG**
Auslieferungsstelle: Wien, III. Weißgärberlände 44

# THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by Professor FREUD, M. D., LL. D. Edited by ERNEST JONES, M.D.

"The International Journal of Psycho-Analysis" takes the place for English speaking readers of the "Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse" and "Imago", which are published in German only. An arrangement has been made whereby all the contents of these are freely available for the English Journal. Besides original articles, abstracts and reviews, it contains the Reports of the International Psycho-Analytical Association, of which it is, together with the "Zeitschrift" and "Imago", the Official Organ.

Issued Quarterly. SUBSCRIPTION 30s. per Volume of Four Parts. The Parts are not sold separately.

---

# THE INTERNATIONAL PSYCHO-ANALYTICAL LIBRARY

Edited by ERNEST JONES

No. 1

## Addresses on Psycho-Analysis

by J. J. PUTNAM, M. D. Emeritus Professor of Neurology, Harvard University.
With a Preface by SIGMUND FREUD, M.D., LL.D. 12 s. 6 d.

No. 2

## Psycho-Analysis and the War Neuroses

by Drs. S. FERENCZI (Budapest), KARL ABRAHAM (Berlin), ERNST SIMMEL (Berlin) and ERNEST JONES (London).
Introduction by Prof. FREUD (Vienna). 7s. 6 d.

No. 3

## The Psycho-Analytic Study of the Family

by J. C. FLÜGEL, B. A. (In the Press.)

No. 4

## Beyond the Pleasure Principle

by Prof. SIGM. FREUD (In Preparation)

---

THE INTERNATIONAL PSYCHO-ANALYTICAL PRESS
45 NEW CAVENDISH STREET, LONDON, W. 1
(POSTAL ADDRESS ONLY)

## Internationaler Psychoanalytischer Verlag
**Leipzig, Wien, Zürich, London, New York**

# IMAGO

**Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften**

Herausgegeben von

**Prof. SIGM. FREUD**

Redigiert von **Dr. OTTO RANK** und **Dr. HANS SACHS**

Aus dem Inhalte der letzten Hefte: Dr. Honorio F. Delgado (Lima): Der Liebesreiz der Augen. — Dr. Bela v. Felszeghy (Budapest): Panik und Pan-Komplex. — Prof. Dr. Sigmund Freud (Wien): Das Unheimliche. — Dr. Hermann Goja (Wien): Das Zersingen der Volkslieder. — Dr. John Landquist (Stockholm): Das künstlerische Symbol. — Dr. Ludwig Levy (Brünn): Die Kastration in der Bibel. — Dr. Emil Lorenz (Klagenfurt): Der politische Mythus. — Dr. Oskar Pfister (Zürich): Die Entwicklung des Apostels Paulus. — Frida Teller (Prag): Seelischer Konflikt und körperliches Leiden bei Schiller. — Van der Wolk (Haag): Psychoanalyse des Rauchopfers.

# INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE

**Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung**

Herausgegeben von

**Prof. SIGM. FREUD**

Unter Mitwirkung von Dr. KARL ABRAHAM (Berlin), Dr. JAN VAN EMDEN (Haag), Dr. S. FERENCZI (Budapest), Dr. EDUARD HITSCHMANN (Wien), Dr. ERNEST JONES (London), und Dr. EMIL OBERHOLZER (Zürich), redigiert von Dr. OTTO RANK (Wien).

Aus dem Inhalte der letzten Hefte: Dr. K. Abraham (Berlin): Zur Prognose psychoanalytischer Behandlung im vorgeschrittenen Lebensalter. — Dr. S. Ferenczi (Budapest): Über den Tic. — Dr. H. Flournoy (Genève): Quelques rêves. au sujet de la signification symbolique de l'eau et du feu. — Prof. S. Freud (Wien): Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. — Prof. Jelgersma (Leiden): Theorie des Gefühls. — J. H. W. van Ophuijsen (Haag): Über die Quelle der Empfindung des Verfolgtwerdens. — Eugenia Sokolnicka (Warschau): Analyse einer infantilen Zwangsneurose.

Jede der beiden Zeitschriften erscheint viermal jährlich im Gesamtumfange von zirka je 30 Druckbogen (Großquart) und ist durch jede Buchhandlung zu beziehen. Bezugspreise für jede der beiden Zeitschriften, jährlich: in Deutschland 60 Mark; in Deutschösterreich 540 Kronen; in Amerika 5 Dollar; in England 25 Schillinge; in Holland 12 Gulden; in der Schweiz 25 Franken; in Ungarn 250 Kronen.

**Internationaler Psychoanalytischer Verlag**
**Leipzig, Wien, Zürich, London, New York**

# IMAGO

**Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften**

Herausgegeben von

**Prof. SIGM. FREUD**

Redigiert von **Dr. OTTO RANK** und **Dr. HANS SACHS**

Aus dem Inhalte der letzten Hefte: Dr. Honorio F. Delgado (Lima): Der Liebesreiz der Augen. — Dr. Bela v. Felszeghy (Budapest): Panik und Pan-Komplex. — Prof. Dr. Sigmund Freud (Wien): Das Unheimliche. — Dr. Hermann Goja (Wien): Das Zersingen der Volkslieder. — Dr. John Landquist (Stockholm): Das künstlerische Symbol. — Dr. Ludwig Levy (Brünn): Die Kastration in der Bibel. — Dr. Emil Lorenz (Klagenfurt): Der politische Mythus. — Dr. Oskar Pfister (Zürich): Die Entwicklung des Apostels Paulus. — Frida Teller (Prag): Seelischer Konflikt und körperliches Leiden bei Schiller. — Van der Wolk (Haag): Psychoanalyse des Rauchopfers.

# INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE

**Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung**

Herausgegeben von

**Prof. SIGM. FREUD**

Unter Mitwirkung von Dr. KARL ABRAHAM (Berlin), Dr. JAN VAN EMDEN (Haag), Dr. S. FERENCZI (Budapest), Dr. EDUARD HITSCHMANN (Wien), Dr. ERNEST JONES (London), und Dr. EMIL OBERHOLZER (Zürich), redigiert von Dr. OTTO RANK (Wien).

Aus dem Inhalte der letzten Hefte: Dr. K. Abraham (Berlin): Zur Prognose psychoanalytischer Behandlung im vorgeschrittenen Lebensalter. — Dr. S. Ferenczi (Budapest): Über den Tic. — Dr. H. Flournoy (Genève): Quelques rêves au sujet de la signification symbolique de l'eau et du feu. — Prof. S. Freud (Wien): Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität. — Prof. Jelgersma (Leiden): Theorie des Gefühls. — J. H. W. van Ophuijsen (Haag): Über die Quelle der Empfindung des Verfolgtwerdens. — Eugenia Sokolnicka (Warschau): Analyse einer infantilen Zwangsneurose.

Jede der beiden Zeitschriften erscheint viermal jährlich im Gesamtumfange von zirka je 30 Druckbogen (Großquart) und ist durch jede Buchhandlung zu beziehen. Bezugspreise für jede der beiden Zeitschriften, jährlich: in Deutschland 60 Mark; in Deutschösterreich 540 Kronen; in Amerika 5 Dollar; in England 25 Schillinge; in Holland 12 Gulden; in der Schweiz 25 Franken; in Ungarn 250 Kronen.

DR. ERNEST JONES. THERAPIE DER NEUROSEN

INTERNATIONALE PSYCHOANALYTISCHE BIBLIOTHEK
BAND 11

# THERAPIE DER NEUROSEN

VON

DR. ERNEST JONES
(LONDON)

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG
LEIPZIG – WIEN – ZÜRICH
1921